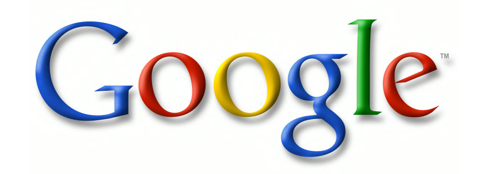
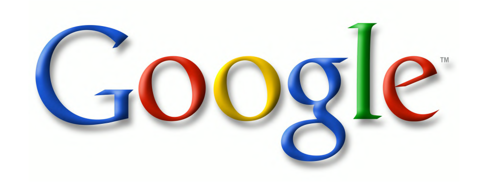
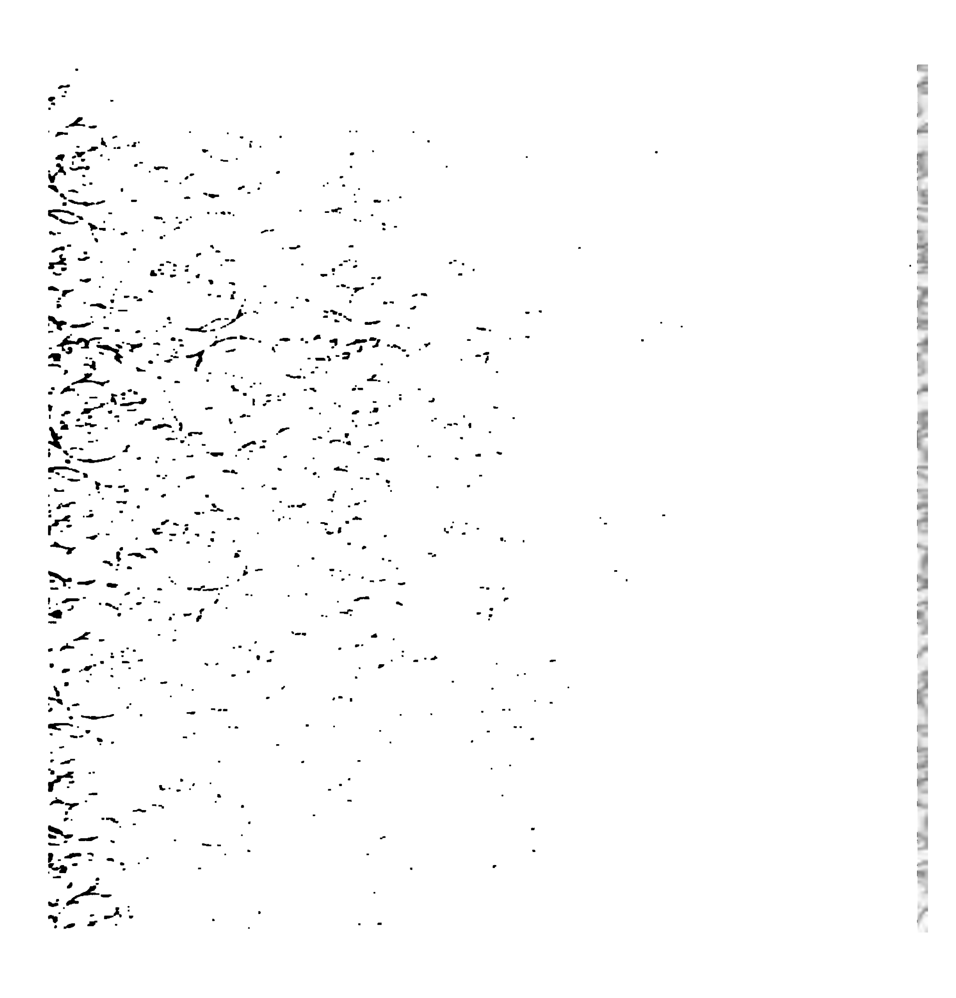
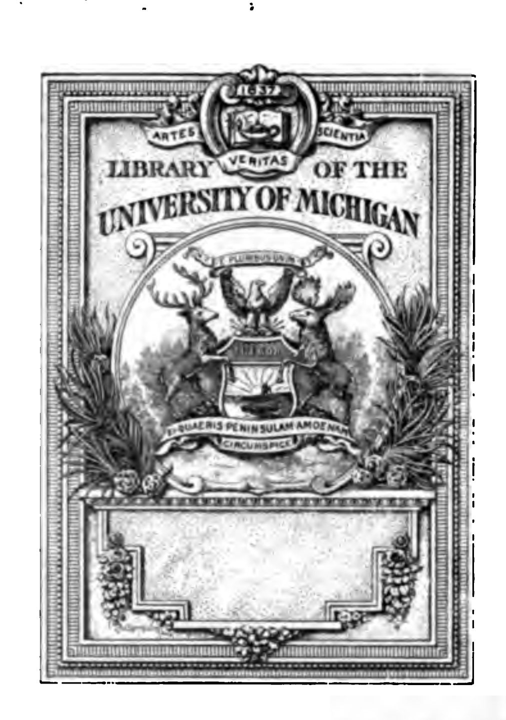
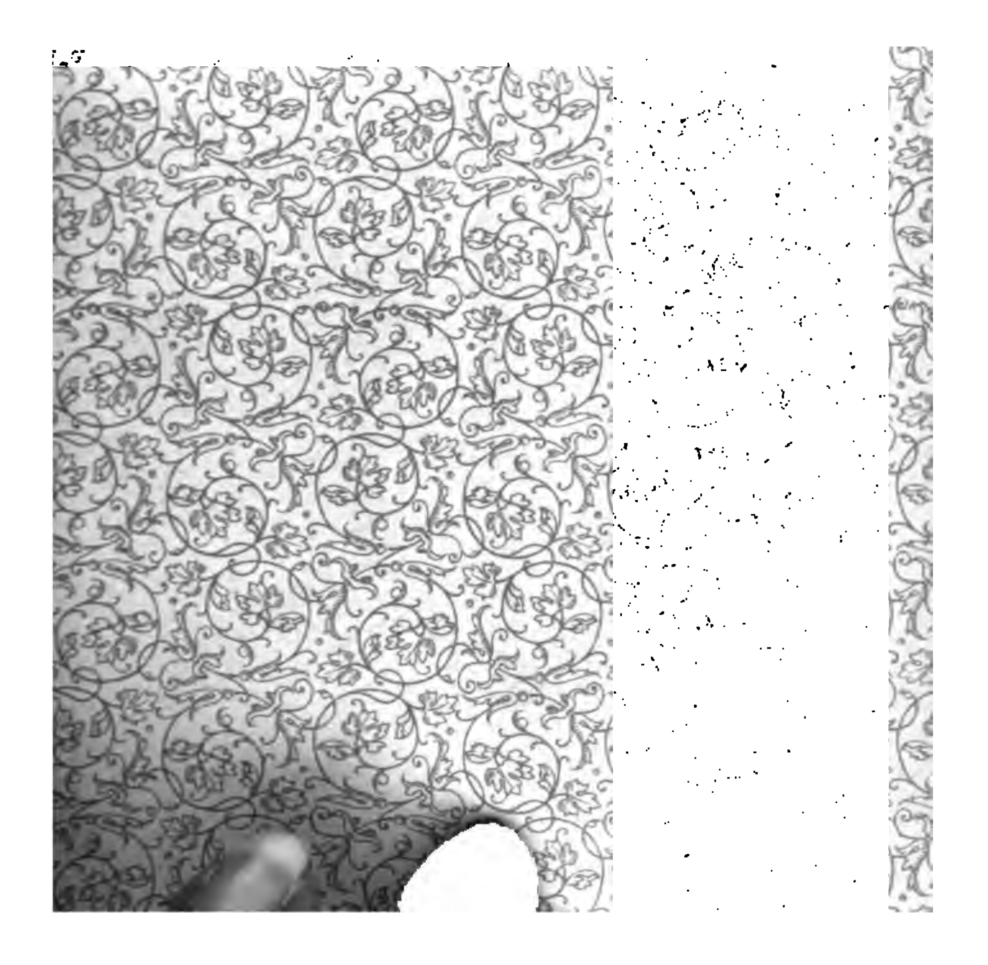









1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY.

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

J.-M. CHARCOT

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. ARNAUD, BABINSKI, BALLET, BERNARD, BITOT (P.-A.), BLANCHARD,
BLOCQ, BONNAIRE (E.), BOUCHEREAU, BRIAND (M.), BRICON (P.), BRISSAUD (E.),
BROUARDEL (P.), CHARPENTIER, COMBEMALLE, COTARD, CULLERRE, DEBOVE (M.)
DELASIAUVE, DENY, DUVAL (MATHIAS), FERRIER, GÉRENTE,
GILLES DE LA TOURETTE, GOMBAULT, GRASSET, HOMEN, HUBLÉ, HUCHARD,
JOFFROY (A.), KELLER, KÉRAVAL (P.), KOJEWNIKOF, LANDOUZY, LEGRAIN,
MABILLE, MAGNAN, MAIRET, MARANDON DE MONTYEL, MARIE, MAYOR,
MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, PARINAUD, PIERRET, PITRES, POPOFF,
RAYMOND, REGNARD (P.), REGNARD (A.), RICHER (P.), ROUBINOWISCH, SÉGLAS,
SEGUIN (E.-C.), SIKORSKY, SOUZA LEITE, TALAMON, TARNOWSKY,
TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), TROISIER (E.), VAILLARD, VIGOUROUX (R.), VOISIN (J.).

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**
Secrétaire de la rédaction : **CH. FÉRÉ**
Dessinateur : **LEUBA.**

Tome XIII. — 1887.

Avec une planche et 6 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1887

Vol. XIII. Janvier 1887. N° 37.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

THÉRAPEUTIQUE

DE L'EMPLOI DE L'ACÉTOPHÉNONE (HYPNONE) EN ALIÉNATION MENTALE;

Par MM. A. MAIRET et COMBEMALE.

L'acétophénone, qu'on désigne encore sous les noms de *méthylure*, de *benzoïle*, de *phényl-méthyl-acétone*, de *phényl-méthyl-carbonile*, a été découverte en 1857 par M. Friedel[1]. C'est un liquide jaune clair, d'une densité de 1032, dont l'odeur rappelle celle des amandes amères; il bout à 198° et cristallise à + 14°. Etudiée en 1879 par Nencki[2], au point de vue des transformations qu'elle subit dans l'organisme, l'acétophénone n'est entrée dans le domaine thérapeutique qu'au mois de novembre dernier, sous les auspices de MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet[3].

[1] Friedel. — *Note sur la constitution des acétones* in *Compt. rend. de l'Acad. des sc.* Séance du 14 décembre 1857, p. 1013.

[2] Nencki a constaté que l'acétophénone s'élimine par les urines, sous la forme d'hippurates provenant de l'acide benzoïque de l'acétophénone oxyde. (*Journ. f. prakt. chimie*, t. XVIII, p. 288; analysé in *Bull. de la Société chimique de Paris*, 1880, t. XXXIII, p. 235.)

[3] Dujardin-Beaumetz et Bardet. — *Sur un nouvel hypnotique* in *Bull. de l'Acad. de méd.* Séance du 10 novembre 1885, p. 1503.

Dans une communication faite le 9 novembre à l'Académie des sciences et le lendemain à l'Académie de médecine, ces médecins attribuent à l'acétophénone des propriétés hypnotiques puissantes, si puissantes même qu'ils proposent de désigner cette substance sous le nom d'*Hypnone*, terme qui rappellerait en même temps ses propriétés et sa nature.

La communication de MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet a provoqué de divers côtés des recherches ayant pour but de vérifier l'assertion qu'elle renferme. Ces recherches ont porté sur les animaux et sur l'homme sain ou en état d'insomnie et sont dues à différents auteurs : Grasset[1], Laborde[2], Huchard[3], Constantin Paul[4], Labbé[5], Dubois et Bidot[6]; nous n'insisterons pas sur ces travaux et nous ferons seulement ressortir les deux points suivants, qui s'en dégagent :

1° L'acétophénone administrée à dose thérapeutique chez les animaux et l'homme sain ou malade n'ayant pas d'insomnie, ne produit pas le sommeil (Grasset, Laborde, Huchard), sauf peut-être lorsqu'elle est administrée par la voix pulmonaire (Grasset); dans ce dernier cas, on constaterait un sommeil léger, avec éveil

[1] Grasset. — In *Sem. méd.*, 9 décembre 1885 et *Compt. rend. de la Soc. de Biologie*, séance du 19 décembre, p. 750.

[2] Laborde. — *Compt. rend. de la Soc. de Biol.*, séances du 18 et 19 décembre 1885.

[3] Huchard. — Société de thérapeutique, séances du 25 novembre et du 9 décembre 1885.

[4] Constantin Paul (Société de thérapeutique, séance du 25 novembre).

[5] Labbé (Société de thérapeutique, séance du 16 novembre).

[6] Dubois et Bidot (*Compte rendu de la Société de biologie*, séance du 28 novembre 1885).

des sens. Pour produire le sommeil chez les animaux, il faut employer des doses toxiques (Laborde).

2° Dans les cas d'insomnie, l'action hypnotique de l'acétophénone, sans être constante, se produirait assez souvent (Huchard, Labbé, Dujardin-Beaumetz [1]);

Dès que nous eûmes connaissance de la communication de MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet, nous instituâmes des expériences dans le but d'étudier l'action physiologique et thérapeutique de l'acétophénone; nous voudrions, dans le présent travail, indiquer les résultats que nous a donnés l'emploi de cette substance chez l'aliéné agité et atteint d'insomnie. Quelques mots seulement avant cela sur nos recherches physiologiques en ce qu'elles peuvent intéresser le point de vue thérapeutique que nous envisageons, renvoyant, pour plus de détails, le lecteur soit aux *Comptes rendus de l'Académie des sciences* [2] soit surtout au *Montpellier médical* [3].

Chez les animaux et l'homme sain, l'acétophénone, employée à doses thérapeutiques, n'a jamais produit le sommeil, elle produit parfois un peu d'abattement et de parésie musculaire.

Chez les animaux, à doses plus élevées, mais non toxiques, en même temps que se manifeste une parésie du train postérieur et même, dans certains cas, du train antérieur, apparaît un état de somnolence léger et passager que fait cesser la moindre excitation des

[1] Dujardin-Beaumetz (*Gazette méd.*, 25 janvier 1886).

[2] Mairet et Combemale. — *Etude physiologique sur l'acétophénone.* (Note transmise par M. Charcot, séance du 26 décembre 1885).

[3] Mairet et Combemale. — *Recherches sur l'action physiologique de l'acétophénone.* (*Montpellier médical*, février, mars et avril 1886.)

ınimaux et l'homme sain, nous ne
à une action semblable chez l'homme
'insomnie. L'acétophénone anémie,
ıtopsies le démontrent, les centres
ıe ainsi un état de ces centres qu'on
ɔlontiers aujourd'hui comme étant
l ils se trouvent sous l'influence du
; se faire que la maladie rende la
plus impressionnable à l'action de
que cette substance produise dans
véritable sommeil, sommeil qu'elle
her à l'état physiologique, et cela
es trop élevées pour qu'elle puisse
ez l'homme.

ves au point de vue de l'action hyp-
ophénone, nos recherches physiolo-
luisent donc à rechercher si, chez
ıt atteint d'insomnie, cette substance
ıommeil; d'ailleurs, nous l'avons dit,
es jusqu'ici par divers auteurs dans
ection semblent indiquer qu'il en est

nc reporté l'étude de l'acétophénone
pathologique et étudié l'influence



sens qui restent en éveil, et qui est de très courte durée, de quelques minutes généralement, de une heure ou deux au plus. Cet état de somnolence, nous l'avons obtenu, peu importe la voie par laquelle était administrée l'acétophénone; nous l'obtenions, que cette substance ait été introduite dans l'économie par le système veineux, par la voie hypodermique, par l'estomac ou par les poumons; c'est simplement une question de dose.

Administrée à des doses toxiques, l'acétophénone produit rapidement un état comateux qui n'a rien de commun avec le sommeil; les différentes sensibilités et l'intelligence s'éteignent alors progressivement, la température s'abaisse, la respiration et les battements cardiaques se précipitent de plus en plus et l'animal succombe.

A l'autopsie, à côté de lésions congestives et inflammatoires portant sur les poumons, les reins, le foie, etc., et traduisant ainsi les propriétés irritantes de l'acétophénone, laquelle s'élimine évidemment par ces divers émonctoires, ainsi que le prouvent l'odeur de l'haleine et la présence d'hippurates dans les urines, on retrouve au contraire, du côté du système nerveux, un état d'anémie qui, suivant les doses, est limité à l'extrémité inférieure de la moelle ou s'étend à l'ensemble de ce système. Cette anémie, qui se traduit par la vacuité des vaisseaux sanguins et par la pâleur des substances blanches et grises, et qui tranche ainsi nettement sur les lésions irritatives que produit l'acétophénone du côté des autres organes, prouve évidemment que cette substance a une action toute particulière et primordiale sur les centres nerveux.

Au point de vue physiologique, nos recherches sont donc confirmatives de celles des auteurs dont nous avons rappelé précédemment les noms; l'état de somnolence que nous avons signalé est, en effet, trop léger pour nous permettre de regarder l'acétophénone comme un hypnotique. Mais de ces résultats négatifs, en ce qui concerne l'action somnifère de cette substance chez les animaux et l'homme sain, nous ne pouvons conclure à une action semblable chez l'homme malade atteint d'insomnie. L'acétophénone anémie, en effet, nos autopsies le démontrent, les centres nerveux, et réalise ainsi un état de ces centres qu'on regarde assez volontiers aujourd'hui comme étant celui dans lequel ils se trouvent sous l'influence du sommeil. Il peut se faire que la maladie rende la cellule nerveuse plus impressionnable à l'action de l'acétophénone et que cette substance produise dans ces conditions un véritable sommeil, sommeil qu'elle ne fait qu'ébaucher à l'état physiologique, et cela encore à des doses trop élevées pour qu'elle puisse être employée chez l'homme.

Quoique négatives au point de vue de l'action hypnotique de l'acétophénone, nos recherches physiologiques nous conduisent donc à rechercher si, chez l'homme malade et atteint d'insomnie, cette substance peut produire le sommeil; d'ailleurs, nous l'avons dit, les tentatives faites jusqu'ici par divers auteurs dans cette dernière direction semblent indiquer qu'il en est ainsi.

Nous avons donc reporté l'étude de l'acétophénone dans le domaine pathologique et étudié l'influence qu'exerce cette substance chez l'aliéné atteint d'in-

somnie. Mais pour nous guider dans son administration chez l'homme malade, et cela plus particulièrement au point de vue de la dose à administrer, nous avons dû encore faire appel à nos expériences physiologiques.

Dans la communication que nous avons rappelée plus haut, MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet, se basant sur l'action toxique de l'acétophénone chez le cobaye, lequel succombait à l'injection sous-cutanée de 50 centigrammes de cette substance, administraient celle-ci à l'homme à la dose de 5 à 6 gouttes, dose qu'ils ont portée plus tard à 40 centigrammes.

A en croire nos recherches, la toxicité de l'acétophénone serait beaucoup moindre que le pensent ces auteurs, et nous aurions pu, sans crainte d'empoisonnement, dépasser de beaucoup, surtout par la voie gastrique, la dose indiquée par nos confrères. Par cette voie, en effet, nous avons pu, à des chiens pesant de 16 à 20 kilogrammes, administrer jusqu'à 6 grammes d'acétophénone sans produire la mort, sans même que les effets immédiats aient été très marqués. Mais agir ainsi eût été imprudent; une étude attentive de l'action de l'acétophénone sur la nutrition nous a montré que cette substance, même administrée à des doses relativement faibles, avait sur cette dernière une action manifeste qui, entre autres symptômes, se traduit par une diminution du chiffre de l'hémoglobine et une perte de poids[1]. Ainsi, lorsque, pendant

[1] Dans un article paru dans le numéro du 15 janvier du *Bulletin de thérapeutique*, MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet nient l'influence exercée par l'acétophénone sur l'hémoglobine; malgré toute l'importance que nous attachons à l'opinion de ces auteurs, les faits nous obligent de maintenir notre dire.

plusieurs jours consécutifs, on administre à un chien une dose quotidienne d'acétophénone ne dépassant pas 90 centigrammes, dose qui ne produit aucun effet ou peu d'effet immédiat, on voit cependant, si on examine le sang de l'animal, le chiffre de l'hémoglobine baisser, et, si on pèse le chien, son poids diminuer. Or, si le médecin a le droit et le devoir de calmer l'insomnie chez un malade, il ne peut et ne doit le faire, dans les conditions ordinaires, au détriment du fonds, c'est-à-dire au détriment de la nutrition. Nous devions donc, au point de vue des doses d'acétophénone à administrer aux malades, ne pas atteindre une dose entraînant la dénutrition. Le problème envisagé ainsi, nous avons été amenés à ne pas administrer à nos malades plus de 45 centigrammes et à nous maintenir souvent au-dessous de ce chiffre.

Ces prémisses physiologiques établies, disons encore avant d'aborder nos recherches thérapeutiques proprement dites, que nous administrions l'acétophénone[1] en émulsion dans la glycérine et l'eau, émulsion que nous aromatisions avec un peu d'essence de menthe ou de citron, et que cette potion était donnée le soir avant le coucher en deux fois à un quart d'heure d'intervalle et parfois en une seule fois.

[1] L'acétophénone est soluble en toutes proportions dans l'alcool à 96°, et dans l'éther sulfurique; elle est soluble dans six parties de chloroforme ou de benzine. L'eau, la glycérine, l'huile d'amandes douces, le pétrole l'émulsionnent; il faut douze parties de glycérine, quatre parties d'huile d'amandes douces et seize parties de pétrole pour émulsionner complètement une partie d'acétophénone. L'émulsion de l'acétophénone dans l'eau et la glycérine, ne se maintient pas longtemps, mais elle se reproduit facilement par l'agitation; l'émulsion dans l'huile d'amandes douces est plus persistante.

Nos recherches thérapeutiques sur l'acétophénone ont porté à ce jour sur plus de trente malades ; nous nous contenterons dans ce qui suit de rappeler les résultats que nous avons obtenus chez vingt-deux d'entre eux ; ce sont ceux qui nous ont servi à établir les conclusions que M. le professeur Charcot a bien voulu communiquer à l'Académie des sciences dans la séance du 18 janvier dernier. A ces faits, nous en ajouterons seulement un (Obs. XIV), parce que dans ce cas l'acétophénone a produit le sommeil.

Tous les malades sur lesquels nous avons expérimenté étaient des aliénés agités et atteints d'insomnie, mais la nature de l'aliénation mentale était différente et à ce point de vue, les malades purent être classés de la manière suivante :

Manie simple. — Démence consécutive à la manie. — Illusions et hallucinations. — Agitation consécutive à des attaques d'épilepsie. — Démence par alcoolisme. — Démence paralytique. — Démence par athéromasie.

Indiquons brièvement les résultats que nous avons obtenus pour chaque malade.

Manie simple.

Observation I. — Mme S..., quarante-sept ans, à l'asile depuis quelques jours, manie rémittente (cinquième séjour à l'asile), héréditaire franche. Etat physique bon. Agitation excessive, insomnie, tapage nocturne.

En huit jours, la malade prend 2 gr. 60 d'acétophénone à des doses variant par vingt-quatre heures entre 15 et 45 centigrammes. Aucun effet hypnotique même léger, aucune sédation musculaire ne sont obtenus ; pendant toute la durée de la médication, la malade ne cesse de crier, chanter, gambader, etc.



OBSERVATION II. — Mlle F..., vingt-trois ans, à l'asile depuis quelques jours. Manie (troisième accès) chez une névrotique; anémie et dénutrition. Agitation et égarement.

Pendant quatre jours consécutifs on donne de 15 à 20 centigrammes d'acétophénone, en tout 65 centigrammes. Excitabilité moindre, agitation musculaire diminuée, un peu de somnolence, mais sans sommeil proprement dit. Quelques jours après, les chants et les cris avaient repris avec leur première intensité.

OBSERVATION III. — M. A... (Joseph), vingt-un ans, à l'asile depuis un an et demi. Manie avec accès d'agitation constitués par des chants, des cris et de l'insomnie.

De 15 à 45 centigrammes d'acétophénone sont administrés pendant quatre jours, soit en tout 1 gr. 20. Agitation musculaire diminuée, pas de sommeil. L'hémoglobine tombe de 12 gr. p. 100 à 10,5 p. 100, dans ce laps de temps.

OBSERVATION IV. — Mlle Est..., vingt-cinq ans, à l'asile depuis cinq ans. Accès violents d'agitation maniaque à forme consécutive, entée sur une idiotie considérable (microcéphalie). Dans l'un de ces accès, de 15 à 45 centigrammes d'acétophénone sont administrés, en tout 1 gr. 80 en cinq jours (du 15 au 19 décembre 1885). Diminution progressive de l'agitation nocturne à mesure qu'on augmente la dose, mais pas de sommeil. L'hémoglobine a baissé de 13,5 à 11,3 p. 100.

Un homme et trois femmes atteints d'insomnie par suite d'agitation maniaque ont reçu pendant plusieurs jours consécutifs des quantités d'acétophénone variant, par vingt-quatre heures entre 15 centigrammes, chiffre minimum et 45 centigrammes, chiffre maximum. Ce médicament reste absolument sans effet dans un cas (OBS. I); dans tous les trois autres, il ne procure pas le sommeil, mais diminue l'excitabilité musculaire. Tandis qu'en dehors de l'administration de l'acétophénone, les malades se levaient, parlaient à haute voix, etc., et cela sans qu'aucune observation puisse les retenir, sous l'influence du médicament, même à

faible dose, ces mêmes malades restent dans leur lit, parlent à voix basse, et les observations ont plus de prise sur eux.

Démence simple consécutive à la manie.

Observation V. — Mme L..., cinquante-huit ans, à l'asile depuis treize ans. Démence consécutive à la manie. Athéromasie.

Dans ses accès d'agitation, cette malade ne cesse la nuit de parler, de converser à haute voix ou de réciter des prières; le chloral et la digitale, l'ergotine, les bromures, la morphine, l'atropine ont été employés sans succès, la fatigue musculaire pendant le jour, la surveillance pendant la nuit, la reconstitution de la santé physique n'ont pas produit de meilleurs résultats.

Du 26 novembre au 7 décembre, l'acétophénone a été donné à des doses variant entre 12 à 36 centigrammes, en tout 2 gr. 30. Sous l'influence de ce médicament la malade n'a pas plus dormi qu'à l'ordinaire, seulement le bavardage a été diminué, et il y a eu un peu plus de calme musculaire.

Une seconde tentative, faite quelques jours après, n'a pas amené de meilleurs résultats; l'intolérance gastrique et un facies fatigué nous ont, du reste, forcé à suspendre l'administration du médicament. Pas de variations dans l'hémoglobine.

Observation VI. — Mme T..., cinquante-neuf ans, à l'asile depuis vingt-un ans. Démence consécutive à la manie.

L'agitation nocturne chez cette malade est continuelle, avec des exacerbations par accès d'une violence inouie. Dans l'un de ces accès, du 8 au 11 décembre 1885, on donne de 15 à 30 centigrammes d'acétophénone, en tout 90 centigrammes. Ardeurs épigastriques au moment de la prise; pas de sommeil, pas d'apaisement musculaire.

Observation VII. — Mme B..., cinquante-deux ans, à l'asile depuis neuf ans. Démence consécutive à la manie. Agitation continue, irritabilité considérable, insomnie; santé physique assez bonne. A l'un de ces accès on a opposé pendant quatre jours (du 14 au 17 décembre 1885) de 30 à 45 centigrammes

d'acétophénone, en tout 1 gr. 50; consécutivement, le calme musculaire a été obtenu, l'excitabilité a diminué, la malade a été plus obéissante, mais pas de sommeil. L'hémoglobine a chuté de 2,7 p. 100.

Observation VIII. — Mme Pi..., trente-sept ans, à l'asile depuis sept ans. Démence consécutive à la manie. Accès d'agitation violents et très rapprochés. Etat physique bon.

Les accès ont été précédemment traités avec succès par l'association du chloral et de la digitale. 1 gr. 20 d'acétophénone sont administrés en trois jours, à raison de 30 et 45 centigrammes par jour. Aucun effet hypnotique; toutefois, légère dépression des phénomènes musculaires, moindres cris, plus de crachotement. Pas de variations de l'hémoglobine.

Observation IX. — M. B..., cinquante-trois ans, à l'asile depuis quinze ans. Démence incomplète consécutive à la manie avec illusions diverses. Agitation par accès.

Des doses de 15 à 45 centigrammes d'acétophénone sont administrées pendant six jours, en tout 1 gr. 95. Pas de variations sensibles de l'hémoglobine. De l'aveu du malade, calme musculaire marqué, besoin de mouvement moins considérable, perversions sensorielles moins nombreuses, excitabilité moindre. De la tendance à la somnolence, mais pas de sommeil.

Observation X. — Mme Gal..., soixante-trois ans, à l'asile depuis vingt-neuf ans. Démence consécutive à la manie avec illusions. Dans le présent accès d'agitation, cette malade est très turbulente. La nuit, elle reste couchée, mais chante, crie, parle sans répit. Du 8 au 11 décembre, on donne 0,90 centigrammes d'acétophénone à des doses variant de 15 à 30 centigrammes; on n'a jamais obtenu le sommeil; deux fois apaisement marqué des cris et du tapage.

Nous retrouvons dans les observations qui précèdent des résultats semblables à ceux que nous avons obtenus dans les cas d'agitation liés à la manie; pas plus ici que là, l'acétophénone ne produit le sommeil; elle produit seulement un apaisement de l'agitation musculaire, apaisement plus ou moins considérable, suivant les cas et qui peut parfois manquer (Obs. VI).

Illusions et hallucinations.

Observation XI. — M. Dup... Démence avec illusions viscérales, abdominales et auditives, et idées de persécution. Agitation par accès. Imbécillité.

80 centigrammes d'acétophénone lui sont administrés en quatre jours, et à des doses de 15 à 30 grammes, à cause du bavardage continuel se renouvelant chaque nuit. Le médicament a supprimé le parlottage peu à peu, mais n'a pas procuré le sommeil.

Observation XII. — Mlle A..., quarante-quatre ans, à l'asile depuis sept ans. Hérédité cérébrale. Illusions viscérales se rattachant à une tuberculose pulmonaire. La malade s'imagine que, pendant la nuit, on lui serre la poitrine, on l'étouffe; de là récriminations, excitabilité et insomnie.

Pendant quatre jours on donne l'acétophénone aux doses de 15 à 45 centigrammes, en tout 1 gr. 20; cessation des perversions sensorielles ; sommeil peu profond, mais certain. Faible chute de l'hémoglobine.

Si chez D... (Obs. XI), nous n'avons pas obtenu, sous l'influence de l'acétophénone, de meilleurs effets que chez les malades que nous avons étudiés jusqu'à présent, il n'en est pas de même chez Mlle A... Chez cette malade, en effet, non seulement la sédation musculaire s'est produite, mais l'acétophénone a amené le sommeil. Nous reviendrons plus loin sur ce fait.

Epilepsie.

Nous n'avons qu'une observation d'agitation avec insomnie liée à des attaques d'épilepsie : chez ce malade, l'acétophénone a été absolument sans effet. Et cependant chez lui, le sommeil est facilement obte-

nu par l'emploi combiné du chloral et de la digitale. Voici l'observation :

Observation XIII. — M. Pal..., soixante-dix ans, à l'asile depuis deux ans et demi. Agitation consécutive à une série d'attaques épileptiformes, calmée par l'association du chloral et de la digitale.

L'administration de 30 centigrammes d'acétophénone ne diminue pas l'agitation, et ne procure pas le sommeil.

Démence par alcoolisme.

Observation XIV. — Mme B..., chiffonnière. Démence simple par alcoolisme, érotisme.

Se réveille plusieurs fois la nuit, parle et crie. Cette malade prend pendant deux jours 30 centigrammes d'acétophénone, le sommeil bon, régulier, dure sept heures environ. Les deux jours suivants, on prive la malade de la potion : l'agitation nocturne se manifeste comme auparavant par des cris, du parlottage, l'absence de sommeil. Pendant quatre jours on reprend l'acétophénone à la dose de 30 centigrammes, les mêmes effets sur le système musculaire et sur l'encéphale se reproduisent la nuit, alors que le jour l'excitabilité reste la même ; l'acétophénone a dû être supprimée, parce qu'il se produisait des troubles marqués de la nutrition.

Observation XV. — M. M..., quarante ans, scieur de long, à l'asile depuis dix-huit mois. Démence par suite d'absinthisme chronique.

L'agitation actuelle s'est manifestée il y a quelques jours ; le malade ne repose pas du tout la nuit et ne cesse de parler à haute voix. Pendant cinq jours consécutifs (du 13 au 17 décembre) on administre de 15 à 45 centigrammes d'acétophénone dans la potion ordinaire, en tout 1 gr. 65. Dès le premier jour, M. M... ne parle plus qu'à voix basse, mais pas de sommeil. L'hémoglobine a chuté de 12,45 à 10,40 p. 100.

Observation XVI. — M. Ch... (Albert), trente-quatre ans, à l'asile depuis deux mois. Démence avec agitation par alcoolisme chronique.

Chaque nuit, depuis son entrée, ce malade se réveille peu

après le coucher, pleurniche, chuchotte, s'habille à plusieurs reprises jusqu'au matin. Du 8 au 17 décembre 1885, on donne de 15 à 45 centigrammes d'acétophénone, soit en tout 0 gr. 90. Pendant tout ce temps, le sommeil vrai n'a pas été obtenu. Les premiers jours de l'administration, le parlottage avait diminué; mais, au bout de quelques jours, l'effet a été nul. L'hémoglobine de 12 est descendue à 11,30 p. 100.

Deux fois (Obs. XV et XVI), dans les trois observations qui précèdent, l'influence de l'acétophénone sur le sommeil a été nulle, et seule la diminution de l'agitation musculaire a été obtenue. — Une fois (Obs. XIV) l'acétophénone a produit le sommeil et, dans ce cas, cette action ne peut être attribuée à une simple coïncidence. Supprimions-nous l'acétophénone, l'insomnie réapparaissait. reprenions-nous l'administration du médicament, nous obtenions aussitôt le sommeil; seulement faisons remarquer que malgré les doses relativement faibles (30 centigr.) d'acétophénone employées, nous avons dû suspendre l'administration de ce médicament à cause des troubles nutritifs produits.

Démence paralytique.

Observation XVII. — Mlle N... (Pélagie), âgée de trente-huit ans, à l'asile depuis six mois; hérédité puissante (père et mère morts à l'asile). Paralysie générale. Agitation actuelle se rattachant à une suractivité de travail organique.

Depuis plusieurs nuits, la malade ne dort pas, ne se couche même pas, et ne cesse de parler à très haute voix dans le dortoir de ses projets d'union princière, de ses richesses; l'irritabilité est excessive. Pendant quatre jours (du 14 au 17 décembre 1885), on donne progressivement de 30 à 45 centigrammes d'acétophénone dans la glycérine et l'eau, en tout 1 gr. 50.

Aucun effet sédatif ne s'est produit sur le système muscu-

laire et sur l'activité cérébrale ni le jour ni la nuit. L'hémoglobine baisse pendant ce temps de 13 p. 100 à 11,5 p. 100.

Observation XVIII. — Mlle P..., trente-cinq ans, à l'asile depuis six mois. Paralysie générale se rattachant à des excès de toute sorte (fille publique). Cachexie syphilitique. Agitation nocturne par accès de plusieurs jours de durée. En six jours, la malade prend 1 gr. 20 d'acétophénone par doses de 10 à 30 centigrammes. La malade n'a plus que peu crié; aucune influence sur le sommeil.

Observation XIX. — M. B..., trente-neuf ans, à l'asile depuis quatre mois. Démence avec paralysie généralisée. Agitation continue.

Le 4 décembre 1885, on donne 15 centigrammes d'acétophénone dans le véhicule ordinaire. Pas de sommeil; monologues habituels.

Observation XX. — Mlle Mar..., quarante-quatre ans, à l'asile depuis six mois. Démence avec paralysie généralisée à prédominance très marquée du côté droit. Agitation nocturne quotidienne à la suite d'une attaque remontant à un mois environ, et ayant entraîné une hémiplégie droite; excitabilité, récriminations, injures écho.

Du 6 au 11 décembre 1885, on donne à cette malade par doses de 10 à 30 centigrammes 1 gr. 20 d'acétophénone. Aucun résultat positif; mêmes cris aigus, mêmes tentatives pour s'habiller, même insomnie.

Observation XXI. — Mlle A... (Virginie), vingt-six ans, à l'asile depuis deux ans. Hérédité tuberculeuse. Démence avec paralysie généralisée entée sur une idiotie incomplète. Accès d'agitation passagers. Etat physique médiocre. A deux reprises, en tout six jours, on donne de 10 à 30 centigrammes d'acétophénone, soit en tout 1 gr. 50.

L'excitabilité a été bien moindre, mais toujours il y a eu quelques monologues dans la nuit, pas d'influence sur le sommeil.

Les observations qui précèdent démontrent que l'effet hypnotique de l'acétophénone a été absolument nul dans les cas de démence paralytique, où nous

l'avons administrée et que, sous l'influence de ce médicament, l'agitation musculaire a été moindre que dans les autres formes d'aliénation mentale.

Démence par athéromasie.

Observation XXII. — M. Bern... Démence avec agitation continue et idées de crainte, se rattachant à des troubles nutritifs généralisés (athéromasie).

Depuis son entrée, ce malade ne dort pas la nuit et ne cesse de parler, jeter des cris d'épouvante. Pendant dix jours consécutifs, on administre l'acétophénone à des doses variant progressivement de 15 à 45 centigrammes, en tout 3 grammes. Si l'on fait la part des rémissions dans l'agitation nocturne, le malade n'a pas dormi sous l'influence de l'acétophénone, mais le calme musculaire a été assez nettement obtenu, et les observations des surveillants amenaient facilement l'apaisement. L'hémoglobine de 13,25 p. 100 est descendue à 9,5 p. 100 pour revenir quelques jours après la cessation de l'administration à 12,5 p. 100.

Dans le seul cas qui constitue ce groupe l'effet hypnotique de l'acétophénone a été absolument nul. Cette substance n'a produit qu'un effet sédatif sur le système musculaire.

Si nous envisageons dans leur ensemble les vingt-deux observations qui précèdent, nous voyons que sur vingt-deux cas (nous pourrions dire sur plus de trente cas), et cela peu importe la forme revêtue par l'aliénation mentale, peu importe la nature fonctionnelle ou organique du travail cérébral qui tenait sous sa dépendance l'agitation maniaque et l'insomnie, peu importe l'état de vascularisation du système nerveux, nous n'avons réussi, par l'emploi de l'acétophénone, à procurer le sommeil aux malades que deux fois,

dans un cas d'illusions viscérales et dans un cas de démence par alcoolisme. A quoi tiennent ces succes? L'un d'eux s'explique aisément : dans ce cas (Obs. XII), l'insomnie se rattachait à des illusions viscérales liées à des lésions tuberculeuses des poumons. Sous l'influence de ces lésions, la malade ressent pendant la nuit des douleurs et une oppression qu'elle attribue à des individus qui lui compriment la poitrine et l'empêchent ainsi de dormir; l'acétophénone, dont l'action sur le poumon est très énergique, ainsi que le démontrent nos expériences physiologiques, supprime ces sensations et amène le sommeil. Chez cette malade donc l'action somnifère de l'acétophénone est indirecte.

Quant au second succès (Obs. XIV) faut-il l'attribuer à une véritable action hypnotique de l'acétophénone? C'est très douteux, les insuccès que nous avons obtetenus, même avec des doses plus élevées, chez des malades présentant une aliénation mentale de même nature, c'est-à-dire par alcoolisme (Obs. XV et XVI), prouvent évidemment que c'est dans des conditions individuelles qu'il faut rechercher le pourquoi de ce succès. L'acétophénone a-t-elle agi dans ce cas, en calmant, comme le dit la malade, des douleurs d'estomac, nous ne savons, l'état mental du sujet ne nous permet pas d'élucider complètement cette question. Notons seulement que, chez cette malade, l'acétophénone à une dose ne dépassant cependant pas 30 centigr. a eu une action dénutritive puissante, action qui nous a obligé à suspendre son administration.

Les deux succès que nous avons obtenus à la suite de l'administration de l'acétophénone ne prouvent donc

pas que cette substance ait des propriétés hypnotiques directes et ils laissent intact l'enseignement qui se dégage de tous les autres cas dans lesquels cette substance ne produit aucun effet de ce genre, enseignement qui nous oblige à dire que, chez les aliénés, l'acétophénone ne peut être considéré comme un hypnotique. Et qu'on ne nous dise pas que la dose de médicament administrée n'était pas assez élevée; les recherches que nous avons pratiquées sur le sang et qui, dans beaucoup de cas, nous ont montré, sous l'influence de cette substance, une diminution du chiffre de l'hémoglobine, ne nous permettaient pas d'élever davantage les doses. D'ailleurs c'est à des doses semblables que M. Dujardin-Beaumetz dit avoir procuré e sommeil.

En aliénation mentale donc, malgré l'espoir que pouvait faire naître la communication de MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet qui attribuaient à l'acétophénone des propriétés somnifères si puissantes qu'ils avaient cru trouver dans cette substance l'hypnotique par excellence, d'où le nom d'*hypnone* qu'ils lui avaient donné, en aliénation mentale, disons-nous, les faits démontrent que l'acétophénone n'est pas un hypnotique. Nos recherches cliniques nous donnent donc des résultats aussi négatifs que nos expériences physiologiques.

Toutefois, l'Observation XII démontre que, dans certains cas, l'acétophénone produit indirectement le sommeil en supprimant des sensations provenant d'organes malades autres que le cerveau, sensations qui entraînent après elles l'insomnie, et à cet égard peut-être cette substance mérite-t-elle d'être maintenue

dans la thérapeutique psychiâtrique. Notons encore, pour justifier cette maintenue, l'action sédative manifeste, et qui pour ne pas être constante, n'en est pas moins assez générale, que cette substance exerce sur l'agitation musculaire. Dans la plupart des faits que nous avons relatés, nous voyons en effet cette sédation musculaire se produire sous l'influence de ce médicament même administré à faible dose. Nous retrouvons ainsi chez nos malades, du côté du système musculaire, cette action si puissante de l'acétophénone que nous révèlent nos recherches physiologiques, action qui, chez les animaux, peut aller suivant les doses, depuis la simple parésie musculaire jusqu'à la paralysie complète. Mais cette agitation musculaire est-elle une indication suffisante pour réclamer l'emploi d'un médicament? Nous laissons à nos confrères le soin de juger cette question.

MÉDECINE LÉGALE

DU DIAGNOSTIC MÉDICO-LÉGAL DE LA PYROMANIE PAR L'EXAMEN INDIRECT;

Par le Dr E. MARANDON DE MONTJEL,
Directeur-médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Dijon.

Les pyromanes sont, par excellence, des aliénés rusés, dissimulés, menteurs, et par pyromanes j'entends parler non des malades qui mettent le feu pour obéir à des perversions sensorielles ou à des conceptions

délirantes, mais de ceux qui y sont entraînés par une impulsion irrésistible intermittente. Arrêtés, ils nient être les auteurs des forfaits dont ils sont accusés; au médecin chargé d'examiner leur état mental ils persistent à ne rien avouer. Cette tenacité dans le mensonge est embarrassante pour l'expert, car elle le met dans l'impossibilité d'analyser l'intellect de ses clients et de déterminer son fonctionnement physiologique ou pathologique au moment des crimes. Comment apprécier, en effet, à sa juste valeur la responsabilité d'un individu sain d'esprit lors de l'expertise et qui refuse de donner le moindre renseignement sur ses dispositions psychiques à l'époque des incendies, qui répond à toutes les questions : « Je ne suis pas coupable, je ne sais de quoi vous me parlez? » L'examen direct ne saurait être dans ces cas, et ce sont les plus nombreux, d'un bien grand secours. Sans doute il permettra de diagnostiquer le degré de développement intellectuel du prévenu et de constater chez lui des signes physiques de dégénérescence, s'il en présente, mais il n'apprendra rien, absolument rien, sur les phénomènes intellectuels et moraux qui se déroulaient dans son esprit, tandis que sa main s'armait de la torche incendiaire. Or, ce sont ces phénomènes intellectuels et moraux que le médecin a mission de préciser. L'affaiblissement intellectuel, la dégénérescence physique, révélatrice de la dégénérescence psychique, découverts par l'observation du sujet, ne fourniront aucune donnée positive pour affirmer ou infirmer la pyromanie.

Cette dissimulation, si constante, peut-on dire, des pyromanes, est chose vraiment curieuse, quand on pense à la franchise des autres impulsifs. Quelle diffé-

rence, par exemple, sous ce rapport entre l'impulsif au feu et l'impulsif à l'homicide. Celui-ci non seulement est prompt à se dénoncer, son besoin de meurtre ou de sang assouvi, mais souvent, au milieu même de son anxiété maladive, il s'empresse de révéler le mal dont il est tourmenté, de supplier ses parents, ses amis de le mettre dans l'impossibilité d'être nuisible. Jamais à ma connaissance, on a vu un pyromane trahir le secret de ses préoccupations et solliciter comme une grâce de ne pouvoir mettre le feu. D'où vient ce contraste? Je me le suis souvent demandé sans jamais trouver une réponse très satisfaisante. Est-ce parce que la pyromanie exerce surtout ses ravages parmi les paysans, gens de leur nature sournois et peu sincères? Est-ce parce qu'elle est l'apanage des faibles d'esprit dont l'arme favorite est la ruse? Ne serait-ce pas plutôt le peu de traces laissées par leurs crimes qui donnerait à ces infortunés l'espoir d'échapper par la fourberie aux poursuites judiciaires? Je ne sais, mais ce que je sais bien c'est leur dissimulation profonde, leurs mensonges audacieux qui enlèvent à l'expert tout moyen de pénétrer directement dans le mécanisme de leur esprit et le condamnent à chercher ses éléments d'appréciation dans le seul examen indirect.

Sans doute on rencontre quelques pyromanes plus francs. Ceux-là, après avoir tout d'abord nié avec énergie, car un impulsif au feu qui avoue spontanément ne se rencontre guère ou s'empresse de retirer dès le lendemain les paroles compromettantes échappées dans l'effroi de l'arrestation, ceux-là dis-je, reconnaissent au bout de quelque temps leur culpabilité ; mais ils sont pour la plupart des faibles d'esprit, s'ils ne

sont pas des imbéciles; incapables de la moindre analyse psychologique, ils ne savent rendre compte des modifications de leur *moi* au moment où l'impulsion s'emparait de leur esprit qu'elle maîtrisait et se bornent à répondre au médecin : « Je ne sais pas, c'est une idée qui me passait par la tête ». Inutile de les interroger sur es troubles physiques concomitants qui jetteraient un grand jour sur leur état; ils n'y ont pas pris garde ou leur mémoire rudimentaire n'en a pas gardé le souvenir. Avec ces pyromanes francs, l'expert n'est guère plus avancé qu'avec les dissimulateurs : il lui faut encore se contenter du seul examen indirect. Aussi je me demande comment font nos confrères étrangers dans les pays où les parquets persistent à refuser communication de la procédure.

On le voit, en médecine légale de la pyromanie, l'examen indirect n'est pas seulement la partie la plus essentielle de l'expertise dans l'immense majorité des cas, souvent elle est encore la seule possible. C'est pour cela que je ne crois pas inutile de réunir en quelques pages les particularités qui permettront à l'expert de poser son diagnostic alors même que tout élément d'appréciation directe lui ferait défaut. Les hasards de la clinique m'ont mis à même depuis deux ans d'examiner coup sur coup un nombre relativement assez élevé d'impulsifs au feu, six, dont les observations servent de base à ce mémoire. En les rapprochant les unes des autres, j'ai constaté la fréquence de caractères qui, sans doute, ont été notés par d'autres dans des cas isolés, mais qu'il ne sera pas dépourvu d'intérêt de grouper dans une étude synthétique. Leur valeur ressortira davantage et frappera mieux l'esprit.

Ce travail sera ainsi le complément de mon essai, publié dans ce recueil en novembre 1885, sur *les incendies multiples à mobiles futiles*. J'avais alors pour but d'établir que la présence d'un mobile, quelque futile qu'il fût, était la preuve péremptoire que l'incendiaire, malgré la multiplicité de ses crimes, n'avait pas agi sous l'empire de la pyromanie, mais de l'affaiblissement intellectuel, de la perversion morale ou de l'irritabilité émotive. Je ne reviendrai pas sur les arguments que j'ai évoqués à l'appui de cette opinion et je considérerai comme démontrée l'absence de tout mobile dans l'impulsion irrésistible à mettre le feu ; je me bornerai à dire en quelques lignes, pour éviter toute équivoque, en quoi consiste pour moi la pyromanie. Cette courte digression ne sera pas inutile, quelques-uns niant cette maladie comme forme morbide spéciale, et la rattachant à des états mentaux essentiellement différents.

Les aliénés qui commettent des crimes d'incendie sont atteints de troubles psychiques très divers qu'il importe de bien distinguer; car ce que nous dirons d'un de ces troubles, celui qui nous occupe, la pyromanie, ne saurait s'appliquer aux autres. Quand le crime d'incendie est l'acte inconscient d'un idiot ou d'un dément, l'acte étourdi d'un maniaque, l'acte passif d'un halluciné, l'acte logique d'un délirant systématisé, l'acte pervers d'un fou moral ou l'acte exubérant d'un émotif, il ne relève pas de la pyromanie. Pour appartenir à cette maladie mentale, il doit être la satisfaction donnée à un besoin qui, né spontanément dans l'esprit de l'incendiaire, n'est ni le produit de ses dispositions psychiques antérieures, ni une adaptation à des phéno-

mènes extérieurs morbidement interprétés, et qui, par lui-même, constitue la manifestation essentielle, caractéristique de la maladie. Je sais qu'une telle forme morbide a été niée; les faits que j'ai observés ne me permettent pas de la mettre en doute. Je ne dis pas, qu'on veuille bien le remarquer, que ce besoin de mettre le feu constitue toute la maladie mentale ni qu'il est susceptible de se produire à l'improviste dans un intellect absolument équilibré. Les observations rapportées plus loin montreront au contraire chez nos pyromanes des défectuosités mentales nombreuses, mais ces défectuosités mentales ne constituaient pas par elles-mêmes une espèce de folie, ce qui la constitua ce fut précisément ce besoin soudain d'incendier qui semblait jaillir du plus profond de l'inconscient. J'ajouterai même que les confidences de quelques rares pyromanes assez francs pour parler en toute sincérité et assez intelligents pour analyser leur état, s'en souvenir et le dépeindre, ne laissent aucun doute sur des troubles physiques marqués, tels que maux de tête, palpitations de cœur, anxiété précordiale, éclatant en même temps que l'impulsion et disparaissant avec elle. Tout cela prouve que la pyromanie prend naissance dans un organisme troublé et au sein d'un esprit déjà ébranlé, mais elle n'en reste pas moins spontanée et essentielle.

Telle est la maladie mentale qui, à notre avis, répond au mot pyromanie. Maintenant que toute équivoque est impossible, exposons les données qui permettront à l'expert de la reconnaître à l'aide du seul examen indirect.

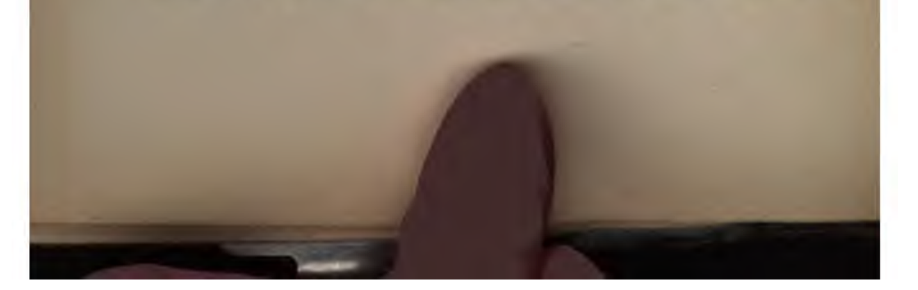
La première sera évidemment relative au mobile. Pour peu que l'instruction en ait trouvé un, quelque futile qu'il soit, dès que sa présence est démontrée, la pyromanie se trouve de ce seul fait écartée, ainsi que je l'ai établi dans mon premier travail. Il importe donc de commencer l'étude de la procédure par ce point. Si les incendies sont sans mobiles, s'ensuit-il nécessairement que le coupable ait cédé à des impulsions? Certes non; il est dans le cas d'être pyromane, voilà tout; le mobile quoique existant a pu échapper à la sagacité du magistrat instructeur. La constatation de l'absence de mobiles dans les crimes d'incendie n'autorise donc pas, à elle seule, le diagnostic de pyromanie ; ce diagnostic n'est autorisé que par la réunion en outre chez l'accusé, sinon de tous, au moins des principaux caractères que nous allons décrire, et qui devront se rencontrer toujours en plus ou moins grand nombre, puisque l'impulsion au feu n'est pas un simple accident dans la vie d'un homme, mais bien une manifestation de dégénérescence psychique. Ces caractères se divisent naturellement en deux groupes, selon qu'ils sont propres aux actes incriminés ou aux prévenus.

Il est remarquable que le pyromane n'est, pour ainsi dire, jamais découvert après son premier crime. Ce que j'ai observé et les recherches que j'ai faites à ce sujet, s'accordent à démontrer que l'arrestation d'un impulsif au feu après un premier sinistre est tellement rare, que le fait d'un seul incendie à la charge d'un prévenu milite contre l'idée de pyromanie. Dans mes observations, le nombre des incendies varie de deux à huit. La ruse, l'habileté de dissimulation de ces malades

en fournissent l'explication. Alors seulement que les incendies se répètent, de petites particularités insignifiantes qui avaient passé tout d'abord inaperçues se groupent et dirigent les soupçons sur eux, mais ils ont eu le temps d'allumer huit, dix foyers, quelquefois davantage encore.

Ces incendies multiples se produisent presque constamment dans des matières inflammables et n'exigeant guère que l'approche d'une allumette. Toute la préméditation et toute la ruse des malades tendent à les soustraire à la vue d'autrui, mais, relativement aux incendies eux-mêmes, ils ne combinent rien, et se servent des moyens les plus simples et les plus expéditifs. Incendiaires désireux de mettre le feu pour apaiser un besoin qui les bouleverse et les opprime, en même temps de ne pas se trahir, ils choisissent l'occasion la plus favorable, la moins dangereuse. Dans mes six observations, les choses se sont passées ainsi.

Les dimanches et jours de fête, à l'heure de la sortie du cabaret, voilà l'instant habituel où les impulsifs au feu cèdent à leur penchant, plusieurs de mes observations en témoignent. Il y en a même parmi eux qui n'opèrent qu'à ce moment; nos deux premiers malades étaient dans ce cas. Sous l'influence de l'alcool, ces aliénés sont, en effet, plus tourmentés par leurs impulsions. Or, le paysan qui, comme nous dirons dans un instant, paie le plus lourd tribut à la pyromanie, ne sort guère que les dimanches et jours de fête; les jours ouvriers, il est sobre. Ce qui montre encore toute la part qui revient à l'alcool, ce sont les incendies allumés durant la semaine quand, pour une



cause ou une autre, sortant de ses habitudes, le paysan impulsif au feu a bu. On en trouvera encore la preuve dans mes observations. Les liqueurs fortes, chacun le sait, ont la dangereuse propriété, à la première période de leur action sur le cerveau, d'exagérer les mauvais instincts en affaiblissant en même temps les forces de volition. Cette double perturbation nerveuse se combine donc pour entraîner au crime le malheureux aliéné ; et tel, qui avait pu jusqu'alors lutter contre son mal et en triompher, succombe sous le choc d'un ou deux petits verres qu'il aura peut-être consommés, l'infortuné, pour chasser de son esprit l'obsession douloureuse et qui, loin de combler son espérance, auront porté son mal à l'apogée en le rendant criminel. Et, dans ce cas, il faudrait se garder d'attribuer à l'ivresse ce qui est dû à l'action spéciale de l'alcool sur les cerveaux des dégénérés. Une dose très insuffisante à enivrer suffit chez ces prédisposés à occasionner de graves désordres cérébraux.

Enfin, tous ces incendies se produisent à la campagne et ils se produisent là, car les pyromanes sont des paysans. Nous voici amené à parler des caractères propres à ces individus. Tous nos six impulsifs au feu étaient des gens de la campagne et c'est là une règle à peu près générale : la pyromanie est inconnue à la ville. Pourquoi ? La raison, je le crois, en est surtout dans l'imitation. Les maladies mentales ne sont pas à ce point des espèces déterminées qu'elles aient, chacune, une étiologie spéciale ; elles relèvent toutes des mêmes causes et la forme qu'elles revêtent est plutôt déterminée par des influences secondaires.

Ainsi les héréditaires ne viennent pas au monde avec une prédisposition à la manie ou à la lypémanie ; ils naissent avec une prédisposition à une folie quelconque qui évoluera ou n'évoluera pas selon les circonstances et les milieux et qui, évoluant, aboutira à telle ou telle forme morbide, selon ces circonstances et ces milieux. Eh bien ! l'imitation est parfois appelée à jouer un rôle capital dans la genèse de ces formes. Elle n'est en effet, en dernière analyse, au moral comme au physique, que le résultat de cette propriété de la cellule nerveuse de reproduire, comme par une nécessité impérieuse, ce qui l'impressionne et nécessite, pour se manifester, une impression et une prédisposition normales dans l'ordre physiologique, morbides dans l'ordre pathologique. Dans les cas dont nous nous occupons, la prédisposition morbide existe, car, ainsi que nous l'établirons plus loin, les pyromanes sont des héréditaires, bien plus des dégénérés à intelligence faible, et c'est le propre de la dégénérescence psychique, on le sait, de donner naissance à des impulsions. Le terrain est donc admirablement préparé et apte à réagir à l'impression. Or, si, en ville, les incendies sont rares et dans tous les cas ne sont jamais un sujet de grande préoccupation, il en est tout autrement dans les campagnes où ils sont fréquents et un objet de crainte continuelle. On s'en préoccupe, on en cause, on cherche à s'en préserver. Voilà pourquoi la folie impulsive chez le paysan se manifestera par un besoin de mettre le feu, tandis que chez le citadin elle se révèlera par des excès de boissons ou des vols. L'impression aura déterminé la forme. De fait, l'expérience démontre que

beaucoup de pyromanes ont assisté à des incendies, deux de nos observations sont très nettes à cet égard, et je suis certain que si ces malades étaient moins cachotiers, s'ils voulaient et si ceux qui le veulent pouvaient se retracer fidèlement leurs impressions, on verrait que tous, à un moment donné, ont été émus par des incendies ou des récits d'incendies.

D'un autre côté, le campagnard dégénéré, désireux de mettre le feu, a pour satisfaire sa passion morbide une facilité et une sécurité qui ne se retrouvent plus dans les villes, facilité et sécurité qui sont autant de stimulants propres à fortifier et à développer son mal. Ne lui suffit-il pas d'approcher une allumette des gerbes gisant sur le sol ou pendant par les ouvertures des granges? Par contre, mettre le feu dans une habitation, en ville, est chose compliquée, partant dangereuse, car les difficultés même de l'entreprise augmentent les chances d'arrestation. L'occasion faisant le larron, dit le proverbe, le campagnard, toutes choses égales par ailleurs, aura succombé depuis longtemps quand le citadin luttera encore. L'impunité l'encouragera; il renouvellera ses crimes. Quoi qu'il en soit de ces considérations, un fait clinique reste indéniable : les pyromanes se recrutent parmi les paysans.

Des autres caractères propres aux impulsifs au feu, il en est deux que l'instruction ne manque jamais de relever à leur charge comme établissant la responsabilité : leur habileté durant l'enquête judiciaire et dans la perpétration de leurs crimes, ainsi que leur réputation de n'être pas aliénés. L'opinion publique

affirmait que cinq des six malades que j'eus à examine n'avaient jamais donné aucun signe de folie. Pour s convaincre combien peu ces deux caractères militer contre l'existence de la pyromanie chez un accusé, suffit de se rappeler comment nous avons défini e limité cette maladie. On verra alors qu'ils doiven le plus souvent au contraire se constater. Le temp est loin où la préméditation, la simple ruse même excluait la folie ; il est admis aujourd'hui sans contest que nombre d'aliénés ne diffèrent en rien sous c double rapport des criminels les plus endurcis, mai s'il est une variété d'aliénation mentale dans laquell la préméditation et la ruse se doivent rencontrer sou vent, n'est-ce pas dans la folie impulsive, qu'ell tende à l'homicide ou à l'incendie? Entraînés au ma pour calmer le besoin anxieux qui les pousse et n s'apaisera que par la satisfaction de l'instinct morbide l'impulsif assiste conscient au trouble de son esprit e à la perte de sa volonté. Au début, l'impulsion est faible, le malade en a vite raison; mais par le temps et mille circonstances, elle se fortifie. Pour triompher, la volonté doit maintenant lutter et lutter avec énergie; puis elle s'accroît encore, devient irrésistible, et le crime est commis. Si le malheureux a gardé pour lui seul, et c'est le cas dans la pyromanie, le secret de la lutte douloureuse de son esprit contre la marche envahissante de la folie, nul ne soupçonnera son état et l'acte criminel sera ainsi la seule manifestation délirante, le seul signe de la maladie mentale. Comment l'opinion publique le déclarerait-elle aliéné? Dès que l'impulsif a pris la résolution de satisfaire sa passion vésanique, une détente commence à se produire;

l'impulsion, si je puis ainsi dire, se fait plus patiente, certaine que satisfaction lui sera donnée et laisse à celui qui doit l'assouvir le temps de prendre ses précautions. Ainsi s'expliquent la préméditation, la ruse, l'habilité déployées. Après l'accomplissement de l'acte la détente est complète, l'impulsion disparaît pour un temps plus ou moins long, mais, hélas! elle revient dans les mêmes conditions psychiques pour disparaître et reparaître encore. On comprend dès lors comment ces infortunés semblent jouir de la plénitude de leurs facultés non seulement dans l'intervalle de leurs crises, mais aux instants même de la perpétration de leurs forfaits; on comprend pourquoi, durant l'instruction, ils jouent au plus fin avec le magistrat instructeur.

D'ailleurs, ce qui démontre bien que la préméditation et la ruse des pyromanes ne prouvent pas chez eux une nature criminelle, c'est leur empressement à éteindre les feux qu'ils ont allumés avec tant d'habileté. Ce caractère doit toujours être recherché, car il ne manque pas de valeur, il se rencontre dans cinq de mes observations. L'incendiaire criminel s'empresse de disparaître du théâtre du crime; il craint que sa présence n'éveille les soupçons, l'incendiaire pyromane est souvent le premier à donner l'alarme et le plus ardent à porter secours. Que, dans une certaine mesure, il agisse ainsi avec le secret espoir d'écarter la méfiance, c'est possible. Il n'en voulait pas à la victime, il s'est dévoué pour elle, qui le soupçonnera? Mais il cède aussi à un autre sentiment aussi altruiste que le précédent est égoïste. Revenu à son état normal par l'assouvissement de son instinct pathologique, il

déplore sa mauvaise action et s'efforce de réparer, dans la mesure de ses forces, le mal dont il a été l'auteur involontaire quoique conscient.

Autant l'opinion publique est unanime à déclarer que les pyromanes, abstraction faite des incendies dont elle ne saisit pas la cause, n'ont jamais été aliénés, autant elle l'est aussi à les proclamer faibles d'esprit. Cette appréciation est si constante qu'on peut poser en principe que la pyromanie ne se rencontre que chez les gens réputés imbéciles. Cinq des six que j'ai eus à examiner étaient dans ce cas; le sixième, intelligent, avait été épileptique; l'expert est donc autorisé à se méfier des incendiaires qui auraient la réputation d'être bien doués au point de vue intellectuel; s'ils sont aliénés, je doute fort que ce soit par impulsion irrésistible simple. Je dis imbéciles ou faibles d'esprit, je ne dis pas idiots. La pyromanie telle que nous la comprenons et la décrivons ici, avec ses hésitations et ses luttes intimes, sa préméditation et sa ruse, cadrerait mal avec la symptomatologie de l'idiotie, dans laquelle les incendies sont le résultat de l'inconscience ou de la perversion morale.

La faiblesse intellectuelle de l'impulsif au feu est sous la dépendance de l'hérédité nerveuse et ce caractère d'hérédité a ici, comme partout, une importance considérable. Bien entendu, je prends les mots hérédité nerveuse dans leur acception la plus large. Il est pourtant à remarquer que les pyromanes sont moins les descendants d'aliénés proprement dits, que des gens frappés plus profondément encore de dégénérescence psychique : ils sont le plus souvent fils d'épileptiques et surtout fils d'imbéciles. L'ivrognerie se

rencontre aussi parfois parmi les ascendants directs. Une enquête minutieuse devra donc éclairer l'expert sur la famille du prévenu. De nos six malades, un était enfant trouvé, un fils d'un buveur, quatre issus de parents peu doués au point de vue intellectuel.

Si les antécédents héréditaires doivent être recherchés avec soin, les antécédents personnels ne méritent pas moins de sollicitude. Les prédisposés à la folie ont été divisés avec raison en trois groupes : ceux chez lesquels la prédisposition reste absolument latente jusqu'à l'éclosion de l'affection mentale, ceux qui, tout en étant bien doués à certains égards, présentent des lacunes ou des anomalies de l'intellect, ceux enfin qui sont frappés de déchéance intellectuelle. Nous le savons, ce sont ces derniers qui alimentent la pyromanie. L'enquête ne révélera donc le plus souvent que de l'infériorité intellectuelle ; mais elle révélera aussi parfois des convulsions dans l'enfance, comme dans notre Observation IV, une névrose comme dans nos Observations III et VI, ou l'existence antérieure de maladies fébriles, qui jetteront du jour sur la vie cérébrale de l'accusé. Parmi ces maladies fébriles, la fièvre typhoïde semble mériter une mention spéciale. Deux fois je l'ai vue jouer un rôle important. Une première fois dans notre Observation I et une seconde fois dans un cas spécial que je résumerai brièvement. Il s'agit d'un cordonnier, pauvre d'esprit de tout temps, qui, à quarante ans, à la suite d'une violente dothiénentérie, fut hanté du désir morbide de voir le feu. Sans aucun doute pour moi, sa femme utilisa sa tendance maladive pour lui faire incendier une vieille maison qu'elle avait eu soin d'assurer, et

dont la municipalité demandait d'urgence la consolidation sous peine de démolition. La folie bien constatée du cordonnier arrêta les poursuites; les charges ne parurent pas suffisantes contre la femme.

Les caractères restant à examiner ou sont contemporains des crimes ou leur sont antérieurs de peu de temps : ils sont d'ordre physique et d'ordre psychique. Le pyromane est un être taçiturne dont le caractère s'assombrit davantage à l'époque des crises : il fuit alors la société des jeunes gens de son âge, vit à l'écart et dans les fermes, le soir à la veillée, ne prend pas part à la conversation. Quand ces dispositions d'esprit sont intermittentes, séparées par des périodes de bonne humeur et de jovialité, elles ont une valeur, surtout si, aux époques de dépression, le sujet manifestait la tendance, dans ses rares moments d'expansion, à faire rouler la conversation sur les incendies, et prenait plaisir à la description de ces sinistres. Parfois, en effet, le malheureux pyromane étouffe sous l'étreinte du mal; n'osant confesser ses angoisses, il se soulage indirectement par des conversations, comme le malade de l'Observation IV, ou, d'autres fois, il lui arrivera de dire en voyant un tas de paille : « Quelle belle flamme ça ferait! » comme le malade de l'Observation VI. Tous ces petits détails ne sont pas à dédaigner, car leur réunion permettra à l'expert, privé des ressources de l'examen direct, de conclure sur les seules données de l'examen indirect.

Le pyromane, questionné sur sa tristesse et sa misanthropie, ne dévoilèra pas le secret de son esprit; mais allèguera plus volontiers comme causes de son attitude des souffrances physiques qu'il ressent réellement et

qui indiquent la participation du corps aux troubles de l'intellect. Il se plaindra de violents maux de tête, de palpitations de cœur et d'étouffements, de lassitude et de faiblesse générale ; même il n'est pas très rare de voir ces perturbations physiques précéder de quelque temps la pyromanie. Elles se trouvent très marquées dans nos Observations III, IV et V et méritent d'être recherchées avec soin dans tous les cas, par les témoignages de l'entourage; coïncidant avec la transformation du caractère, elles révèlent l'état morbide du patient. Nous en avons des exemples dans nos observations.

Enfin la pyromanie apparaît souvent quand l'organisme naît et meurt à la vie sexuelle, à la puberté et à la ménopause. Parmi nos malades, deux étaient à l'époque de la première évolution génitale, une au retour d'âge. Ces deux périodes sont les périodes critiques de l'existence, celles où l'organe faible succombe; mais il semblerait que l'impulsion au feu se présente avec une fréquence relative telle à ces deux phases de l'évolution vitale qu'un rapport existerait entre elle et l'état des organes génitaux, d'autant plus que chez la femme, quand la maladie éclate durant les années d'activité génésique, elle est habituellement liée à des troubles de la menstruation, particularité que l'expert ne doit pas ignorer. Il est connu que les folies génitales sont caractérisées par la fréquence et l'intensité des impulsions; entre celles-ci et les fonctions de la génération existe donc un rapport indéniable. Peut-être dans la genèse de la forme, l'imitation joue-t-elle ici encore le rôle que nous lui avons assigné plus haut? J'ignore si la grossesse qui a une

influence si marquée sur la kleptomanie en a aussi une sur la pyromanie.

Telles sont les données qui, à mon avis, permettront largement à l'expert de diagnostiquer l'impulsion irrésistible à mettre le feu, par le seul examen indirect. Certes, elles ne sont pas toutes d'égale valeur, celles relatives à l'individu l'emportent sur celles relatives aux faits encriminés. Celles-ci se classeraient comme il suit par ordre d'importance : incendies dans des matières faciles à s'enflammer, multiples, à la campagne, les dimanches et jours de fête à la sortie du cabaret. De celles relatives aux individus, cinq doivent être surtout prises en très haute considération : en premier lieu, l'absence de mobile qui est de nécessité absolue ; en second lieu, la faiblesse intellectuelle ; en troisième lieu, les troubles physiques et les modifications psychiques concomitants des crimes ou immédiatement antérieurs, puis les antécédents personnels et enfin les antécédents héréditaires qui auraient peut-être plus de poids que les autres caractères, mais que nous plaçons en dernier lieu à cause des difficultés dont leur recherche est entourée. Tant de circonstances peuvent induire l'expert en erreur ou rendre ses efforts infructueux que l'absence d'hérédité, quand les quatre autres facteurs sont réunis, ne saurait entrer en ligne de compte. Immédiatement après, je placerai l'âge de l'accusé, puberté ou ménopause, et les troubles de la menstruation. Puis viennent l'empressement à porter secours et enfin la ruse et l'habileté déployées ainsi que l'appréciation de l'opinion publique sur la sanité d'esprit de l'accusé.

Toutefois il sera bien rare de trouver chez un

même pyromane toutes ces particularités réunies, l'essentiel est qu'elles se rencontrent en nombre et en force suffisants pour permettre le diagnostic. Il appartiendra au médecin de les peser et de les apprécier; car, il ne faut pas oublier qu'en médecine légale, il n'y a que des cas particuliers. Cette science, en effet, n'a pas d'existence propre, elle n'est qu'une science d'application et chaque cas est une espèce qui doit être examinée en soi. Les six observations suivantes confirmeront, je l'espère, les développements dans lesquels nous sommes entré.

Observation I. — *Caractères relatifs aux faits incriminés : incendies multiples* (4); *dans des matières faciles à enflammer; à la campagne; le dimanche ou jour de fête au soir. — Caractères relatifs à l'accusé : paysan; pas de mobile; faiblesse intellectuelle; troubles physiques et modifications psychiques concomitants des crimes; fièvre typhoïde; ascendants faibles d'esprit; préméditation, ruse et mensonge; accusé réputé non aliéné.*

Le dimanche 17 février 1884, un corps de bâtiment inhabité, rempli de paille et de foin, dont la toiture en chaume touchait presque le sol prenait feu dans la soirée à Chageller-l'Echo. A l'instant même où la maison flambait, Emile Mer..., âgé de vingt-quatre ans, propriétaire cultivateur, entrait dans une habitation voisine sous un prétexte futile qui étonna les assistants; il semblait gêné et son embarras s'accrut quand, à quelques pas de là l'incendie fut découvert; mais il ne donna aucun signe de folie ou d'ivresse. Dans cette même commune, le dimanche 6 avril, vers dix heures du soir, le feu éclatait de nouveau dans un autre bâtiment inhabité rempli de fourrage. Ayant résolu de passer à travers champs la nuit pour commettre son méfait, Emile Mer... avait dans la journée adroitement répandu le bruit qu'il avait pris ce chemin pour porter du miel chez un ami, et écartait ainsi l'argument des traces que laisseraient ses pas. Le jeudi 8 mai, deux incendies furent allumés : l'un à Courcelles, vers neuf heures et demie du soir, dans un corps de bâtiment inhabité, couvert en paille et contenant du fourrage qui sortait au travers de deux lucarnes donnant sur le chemin; l'autre à Precy, vers minuit, dans la toiture en chaume d'un petit bâtiment abritant des porcs. Emile Mer..., ce jour-là avait fait fête. Parti de son habitation depuis la veille, il

avait été à Semur, où il avait bu sans toutefois s'enivrer. En passant par Courcelles pour rentrer chez lui, il avait mis le feu une première fois; à deux kilomètres de ce village, il rencontra divers individus qui l'interrogèrent sur l'incendie dont les lueurs éclairaient l'horizon; et, lui, fit l'étonné, se retourna disant qu'il ne s'en était pas encore aperçu. Il refusa de revenir sur ses pas pour porter secours et de donner son nom. Il continua sa route vers Précy où, après avoir mis le feu pour la seconde fois de la soirée, il alla tranquillement se coucher à l'auberge. Or, il n'avait aucun motif de commettre ces quatre crimes. Il était dans une situation de fortune relativement considérable pour un paysan : sa famille possédait une centaine de mille francs en propriétés, et de plus, il avait d'excellentes relations avec tous ceux qu'il avait choisis pour victimes. Né de parents peu intelligents, Emile Mer... avait dans le pays la réputation non d'un aliéné, mais d'un faible d'esprit; toutefois, il avait reçu une instruction primaire assez complète. Tous ceux qui le virent peu avant ou peu après ses attentats ont témoigné qu'ils n'avaient rien remarqué en lui d'anormal et qu'il n'était pas gris bien qu'il eût bu un peu. En 1878, il avait eu une fièvre typhoïde très grave avec délire : le médecin qui le soigna a déposé que déjà peu intelligent, il était sorti de cette maladie plus affaibli encore au point de vue intellectuel et moral. Enfin, à l'époque des crimes, la famille de Mer... avait remarqué chez lui un caractère plus sombre et plus concentré qu'à l'ordinaire, une plus grande lenteur des facultés psychiques, une physionomie hébétée, une parole empâtée. Son passé était excellent.

Emile Mer... a été le type du pyromane rusé et dissimulateur; jamais il n'a été possible d'obtenir de lui des aveux. Durant plusieurs mois il a lutté de finesse avec le magistrat instructeur, et il a continué avec moi pendant de nombreuses semaines ses protestations d'innocence. Sa culpabilité n'était pas douteuse; les témoignages et les investigations de la justice faisaient clairement de lui l'auteur des quatre crimes; il restait inébranlable devant l'évidence des faits. Une fois pourtant il perdit son assurance. Je lui déclarai brusquement un matin à la visite que je savais tout, qu'il avait mis le feu non pour nuire à autrui, mais pour apaiser un besoin qui s'emparait quelquefois de lui

après boire et le torturait jusqu'à ce que satisfaction lui fut donnée. Il se troubla tout à fait, devint très pâle, et fut pris de tremblements. Je crus qu'il parlerait et je le pressai de questions ; il n'en fut rien, il se remit vite de son émotion. Après l'arrêt de non-lieu et son maintien d'office à l'asile en qualité d'aliéné dangereux, il persista à nier sa culpabilité. Au commencement de cette année, il n'avait pas renoncé à ce système de défense ; sa conduite dans l'établissement était d'ailleurs on ne peut plus correcte. Il se mit à réclamer sans cesse sa sortie au parquet et au tribunal ; les magistrats voulaient être couverts par une déclaration de guérison, dont je refusai de prendre seul la responsabilité. Sur ma demande, Mer... fut envoyé à Sainte-Anne et soumis à l'observation de M. le Dr Ball. Je ne crois pas que Mer... ait été plus franc avec lui. Quoi qu'il en soit, M. Ball déclara que ce jeune homme avait commis sous l'influence de la pyromanie les crimes dont il avait été accusé, qu'un retour de la maladie était sans doute à craindre pour l'avenir, mais que l'aliéné était en ce moment guéri, et qu'il n'y avait pas lieu dès lors de prolonger l'isolement. Mer... rendu à la liberté est venu me remercier. Eh bien ! même alors il n'a voulu rien avouer et a persisté à se dire innocent.

Des éléments d'appréciation révélés par l'examen indirect et résumés dans notre observation ne ressort-il pas que M. le professeur Ball et moi nous fûmes dans le vrai en diagnostiquant la pyromanie ? Dans cette affaire, on trouve tous les caractères relatifs aux faits incriminés, les cinq principaux caractères relatifs à l'individu, plus les caractères secondaires de prémé-

ditation, de dissimulation et d'apparence de sanité d'esprit. Seuls l'âge de la puberté et l'empressement à porter secours ont manqué. L'observation peut donc être considérée comme une des plus complètes.

Observation II. — *Caractères relatifs aux faits incriminés : incendies multiples (2); dans des matières faciles à enflammer; à la campagne; le dimanche soir. — Caractères relatifs à l'accusé : paysan; pas de mobile; imbécillité; père ivrogne; ruse et mensonge; prévenu réputé non aliéné; empressement à porter secours.*

Les deux premiers dimanches d'août 1884, deux meules de fourrage prenaient successivement feu à onze heures du soir, au village d'Orville. Les deux meules étaient placées dans les champs à quelques mètres de la route et pour les enflammer il avait suffi d'approcher une allumette. Chaque fois l'éveil avait été donné par le nommé Hippolyte Ed..., âgé de vingt-cinq ans, cultivateur, qui s'était montré fort empressé à porter secours. L'enquête judiciaire établit, en dépit de ses protestations d'innocence, que c'était lui l'incendiaire. Il avait agi sans mobile, car il fut prouvé par l'instruction qu'il ne savait même pas à qui appartenaient les meules qu'il avait brûlées. Les soirs des crimes il avait bu, mais il n'était pas ivre. Fils d'un ivrogne qui, bien avant la naissance de son enfant, s'adonnait à la boisson, il passait à juste titre dans le village pour un imbécile sans mauvais instincts. Il n'avait jamais pu apprendre à lire et sa mémoire était rudimentaire, mais l'opinion publique déclarait en même temps qu'il n'avait jamais donné aucun signe de folie, et qu'il était parfaitement en état de se rendre compte de la portée de ses actes.

Tels sont les seuls renseignements que je pus recueillir en faisant prescrire enquête sur enquête par le parquet. Bien que très incomplets, ils me parurent pourtant suffisants pour le diagnostic, et sans hésitation je déclarai Hippolyte Ed... atteint de pyromanie. En effet, non seulement je trouvais dans cette affaire tous les caractères relatifs aux faits incriminés, mais l'accusé était fils d'ivrogne, atteint d'une imbécillité notoire et enfin j'avais la certitude absolue de l'absence de tout mobile, puisque le coupable ignorait

quels étaient les propriétaires des objets qu'il incendiait. Une ordonnance de non-lieu fut rendue sur mes conclusions.

OBSERVATION III. — *Caractères relatifs aux faits incriminés : incendies multiples* (8); *dans des matières faciles à enflammer; à la campagne. — Caractères relatifs à l'accusée: paysanne; pas de mobile; faiblesse intellectuelle; troubles physiques et modifications psychiques concomitants des crimes; hystérie; ascendants faibles d'esprit; préméditation; ruse et mensonge; empressement à porter secours; accusée réputée non très saine d'esprit.*

Du 28 juillet 1885 au 19 août, c'est-à-dire dans le court espace de vingt-trois jours, huit incendies terrorisèrent la commune de Chaume. Le 28 juillet, le feu était mis à onze heures du soir à des tas de fagots placés contre une maison; la même nuit, à d'autres fagots placés contre une habitation peu éloignée de la précédente ainsi qu'à des amas de paille jetée à l'intérieur de la cour qui ne fermait pas à clef. Le lendemain, dans la soirée, on retrouvait dans une chambre de cette même habitation dont les vitres étaient brisées, trois sabots remplis de braise. Le 10 août, à onze heures du soir, huit fagots de branches sèches placés le long de la rue du village prenaient feu. On les avait enflammés à l'aide de brins de paille allumés. Le 12 août à sept heures du matin, un incendie considérable détruisait une des plus belles maisons de la localité. Le feu avait été mis dans la paille de l'écurie. Dans la nuit du 17 août, soixante mille kilos de fourrage disparaissaient dans les flammes. Enfin le 19, vers neuf heures du matin, le feu prenait encore à des tisses qui se trouvaient le long du chemin. L'auteur de tous ces sinistres, Albertine Phel..., âgée de quarante-sept ans, avait agi avec beaucoup d'habileté et de préméditation ; car elle n'avait pu être découverte malgré une surveillance des plus actives exercée non seulement par les autorités, mais encore par tous les habitants de la commune affolés de peur. Quand on veillait d'un côté, le feu éclatait de l'autre. Avant l'incendie du 12 août, dans la matinée même de ce jour, Albertine Phel... s'était livrée à une étude attentive des lieux et s'était assurée de l'absence du propriétaire. Cette femme ne se bornait pas à combiner ses crimes et à prendre toutes ses précautions pour n'être pas découverte, elle s'efforçait encore d'éloigner d'elle les soupçons en les portant sur d'autres, et elle était la première à paraître effrayée des dangers qui menaçaient la commune, à porter secours pour éteindre les incendies qu'elle avait elle-même allumés. Fille de paysans à esprit très borné, elle avait dans le

village la réputation de n'être pas mieux douée que ses parents; elle était au retour d'âge et c'est à la ménopause que le médecin de la localité rattacha ses crimes. D'un autre côté, les actions criminelles de cette paysanne non seulement étaient sans mobile, mais frappaient des personnes qui lui étaient chères et portaient atteinte à ses intérêts; en effet, parmi ses victimes elle comptait des parents à qui elle avait toujours témoigné une vive affection, et un débiteur qu'elle mettait pour longtemps dans l'impossibilité de payer sa dette. Enfin, la prévenue avait été de tout temps atteinte d'hystérie; depuis dix-huit mois, au dire de son médecin ordinaire, son état s'était beaucoup aggravé. Au moment des crimes, elle était devenue très sombre, négligeait son intérieur, fuyait la société, errait sans but; la nuit, en proie à une insomnie persistante, elle se promenait dans sa maison ou dans les champs, accusait de violents maux de tête, des étouffements et annonçait sa fin prochaine à ceux qui s'informaient de sa santé. Cette situation physique et psychique était si marquée que dans le village chacun se disait que la tête d'Albertine Phel... déménageait. Elle n'avait jamais commis d'acte de méchanceté.

Il me semble que dans ce cas le diagnostic ne pouvait guère embarrasser l'expert. Tous les caractères se trouvaient réunis, même les troubles physiques et les modifications psychiques concomitants, ses crimes étaient si marqués que l'opinion publique reconnut d'instinct un état intellectuel anormal chez l'incendiaire. Trois fois à l'asile depuis l'ordonnance de non-lieu Albertine Phil... a eu des crises caractérisées au point de vue physique par des maux de tête intenses, de l'insomnie, des crampes d'estomac, des étouffements, et deux fois par du tympanisme abdominal; au point de vue psychique par des idées de mort prochaine, de l'anxiété et une tristesse noire. La dissimulation profonde de la malade n'a pas permis d'obtenir l'aveu qu'à ces moments le besoin d'incendier la tourmentait de nouveau, et la surveillance continue dont elle était l'objet lui a enlevé la possibilité de toute tentative; mais je suis certain qu'en liberté elle aurait

alors allumé le feu, car les phénomènes physiques et psychiques constatés étaient semblables à ceux qu'elle présenta durant la période criminelle du 28 juillet au 19 août.

OBSERVATION IV. — *Caractères relatifs aux faits incriminés : incendies multiples (2); dans des matières faciles à enflammer; à la campagne. — Caractères relatifs à l'accusé : paysan; pas de mobile; faiblesse intellectuelle; troubles physiques et modifications psychiques concomitants des crimes; convulsions à trois ans; parents à intelligence bornée; puberté; empressement à porter secours; ruse et mensonge; prévenu réputé non aliéné.*

Le 18 septembre 1885, le feu éclatait à onze heures et demie du matin chez le maire d'Orgeux, dans un tas de paille placé dans l'écurie; le lendemain 19, à huit heures et demie du soir, il éclatait de nouveau chez le même propriétaire et, cette fois, dans la grange. Le coupable était un nommé Alexandre K..., âgé de seize ans, domestique de la maison. Il n'avait aucun motif d'en vouloir à ses maîtres qui, d'après leur déposition, avaient toujours témoigné beaucoup d'égards et de bienveillance à leur jeune domestique. L'accusé protestait vivement de son innocence et, à l'appui de son dire, affirmait lui-même qu'il n'avait qu'à se louer des bons procédés de ceux qu'il servait. Alexandre K... ne buvait pas. Fils de paysans très peu doués au point de vue intellectuel, il avait eu des convulsions à trois ans et passait pour faible d'esprit, mais aussi pour bon enfant et pour n'avoir jamais donné aucun signe de folie; aussi tous les témoins entendus dans l'instruction manifestent-ils leur étonnement de sa conduite criminelle, d'autant plus qu'on avait été frappé de son empressement et de son ardeur à éteindre le feu. Vers la fin de l'année précédente, il se plaignit de céphalalgie et au commencement de 1885, ses maux de tête devinrent tels qu'il dut abandonner son service pour aller se reposer quelques semaines chez sa mère. Le 13 septembre, cinq jours par conséquent avant le premier crime, il fut vivement impressionné par un violent incendie qui détruisit une ferme voisine de celle où il était en condition. Le lendemain, il avait été sombre et toute la journée avait causé de ce sinistre. Le 15 et le 16, il ne s'en préoccupa plus et parut de nouveau dans son état normal. Le 17, il fut de nouveau sombre et taciturne; interrogé sur sa tristesse, il répondit que ses maux de tête étaient revenus et, le soir, causa encore beaucoup de l'incendie du 13, de sa violence, de la hauteur des flammes. Les crimes eurent lieu le 18 et le 19.

Des caractères relatifs aux faits incriminés un seul manquait. Les incendies avaient eu lieu deux jours ouvriers et non le dimanche après boire; cette lacune n'était pas de bien grande importance. Par contre. tous les caractères relatifs au prévenu se trouvaient réunis. Je n'hésitai pas à diagnostiquer la pyromanie et le parquet n'hésita pas à rendre une ordonnance de non-lieu. Alexandre K..., après avoir longtemps rusé, dissimulé, arriva à faire des demi-aveux, puis finit par parler en toute franchise. Ces confidences méritent d'être rapportées, car elles ne peuvent laisser de doute sur l'existence de l'impulsion au feu telle que nous l'avons définie. Trop faible d'esprit pour se livrer sur lui-même à une analyse psychologique, l'incendiaire n'a pu nous renseigner complètement sur l'état de son esprit à ce moment, mais il nous a fourni certains détails typiques qui sont certainement d'une exactitude rigoureuse, car où ce paysan faible d'esprit aurait-il appris ces choses et comment les aurait-il inventées? L'incendie du 13 septembre, résulte-t-il de ses aveux, est le premier auquel il ait assisté. Ce spectacle l'impressionna à ce point qu'il en fut tout tremblant. Toutefois le surlendemain il n'y pensa plus, et il en fut ainsi jusqu'au jeudi 17. Ce jour-là, il se leva la tête lourde, douloureuse, le souvenir du sinistre lui revint à l'esprit, et à son grand effroi l'idée de mettre le feu s'empara de lui, sans qu'il puisse fournir de renseignements plus précis sur ce point. Son cœur battit avec force, il était mal à son aise en même temps qu'il sentait comme un soulagement à la pensée de satisfaire son désir. Il résista toute cette journée du jeudi. La tentation n'était pas toujours d'une égale

violence; elle s'apaisait à certains moments pour renaître ensuite plus impérieuse. Sur le soir, le malheureux se sentit débarrassé de son tourment; il s'endormit d'un bon sommeil jusqu'au lendemain. A son réveil l'idée de mettre le feu reparut plus vive que la veille. Mais il résista encore et se rendit au travail. A onze heures et demie il ne fut plus maître de lui; l'impulsion était devenue irrésistible. Sa tête se fendait, son cœur sautait dans sa poitrine, ses idées étaient confuses. Il quitta le travail pour aller donner satisfaction à son besoin. Il prit un torchon de paille, se glissa dans l'écurie en se cachant, monta sur un coupe-racine, introduisit son torchon de paille entre le mur et la solive, puis l'enflamma à l'aide d'une allumette. Aussitôt il rentra dans son état normal. L'impulsion disparut pour ne revenir que le lendemain soir à huit heures et demie. A cette heure-là il était dans l'écurie des veaux avec un autre domestique qui jouait de l'accordéon, l'idée reparut avec une violence telle que toute lutte fut impossible. Il se leva comme mû pas un ressort, se rendit dans sa chambre, alluma le bout de bougie qui se trouvait près de son lit et se glissa furtivement dans la grange. Il essaya alors de résister, et laissa tomber la bougie qui ne s'éteignit pas dans la chute; mais l'impulsion était telle, qu'en dépit de tous ses efforts de volonté, il dut se baisser, la ramasser et la placer au milieu du fourrage. Comme la veille l'idée disparut alors tout à coup, et un grand soulagement se produisit. Relativement à son empressement et à son ardeur à porter secours, ce malade a été très affirmatif : loin d'en vouloir à ses maîtres, il les aimait; c'est malgré lui qu'il leur avait

occasionné du mal, il était naturel qu'il cherchât à le réparer dans la mesure de ses forces.

Observation V. — *Caractères relatifs aux faits incriminés : incendies multiples* (2); *dans des matières faciles à enflammer; à la campagne. — Caractères relatifs à l'accusé : paysan; pas de mobile ; imbécillité très accentuée; mère faible d'esprit ; puberté ; ruse et mensonge; accusé réputé non aliéné; empressement à porter secours ; troubles physiques immédiatement antérieurs au second crime.*

En février 1884, deux fagots de bois mort brûlaient dans le bois de Thomery peu après le passage de Jean-Marie Vi..., qui pourtant ne connaissait pas le propriétaire. Le 26 octobre de l'année suivante, à la ferme où était employé ce garçon des tisses d'avoine prenaient feu sous un hangar cinq minutes après qu'il eut quitté cet endroit. Il contribua avec empressement à éteindre le feu qu'il avait allumé tout comme il avait allumé celui du bois de Tomery. Fils naturel d'une femme très peu douée au point de vue intellectuel, Jean-Marie Vi..., âgé de quinze ans, etait connu pour un parfait imbécile ; il avait longtemps fréquenté l'école sans autre résultat que d'apprendre à épeler avec difficulté; son langage était même imparfait. Il n'avait aucune raison d'en vouloir aux maîtres qu'il servait, car, alors qu'il était repoussé de partout, ils l'avaient accueilli et lui témoignaient de l'affection. Il ne buvait pas. Au moment des deux incendies, on n'avait remarqué chez lui aucune modification psychique, et il ne s'était plaint d'aucun trouble physique. Toutefois, quelques semaines avant le second crime, il avait été atteint de violents maux de tête avec lassitude générale et cet état avait persisté une quinzaine de jours sans que le médecin en trouvât la cause; il avait été assez marqué pour nécessiter le repos. Son passé était excellent.

Les caractères de cette observation n'étaient pas très nombreux, mais ils m'ont paru assez marqués pour justifier le diagnostic de pyromanie. En résumé j'avais affaire à un héréditaire, à l'âge de la puberté, parfait imbécile, qui deux fois mettait le feu sans mobile dans des matières faciles à enflammer. Il ne buvait pas, il n'était pas méchant ni assez idiot, malgré son imbécillité, pour agir avec inconscience, le diagnostic de pyromanie s'imposait dès lors.

OBSERVATION VI. — *Caractères relatifs aux faits incriminés : incendies multiples (7); dans des matières faciles à enflammer ; à la campagne ; la plupart le dimanche soir à la sortie du cabaret. — Caractères relatifs au prévenu : paysan; pas de mobile; intelligence bien développée; modifications psychiques concomitantes des crimes; épilepsie à une époque antérieure aux crimes; pas de renseignements sur l'hérédité; empressement à porter secours; préméditation, ruse et mensonge; accusé réputé sain d'esprit.*

Le second dimanche de janvier 1882, Vuil..., alors âgé de vingt ans, étant domestique de ferme à Pont-de-Passy, le feu prenait dans cette localité vers neuf heures du soir dans un magasin à fourrage contigu à la maison qu'il habitait et les pertes s'élevaient à 4,200 francs. Le lendemain lundi, un second incendie éclatait en face, à onze heures du soir, dans des meules d'orge non battues; les pertes furent de 7,070 francs. Le dimanche 20 avril 1884. Vuil... étant garçon d'écurie à Messigny, le feu se déclarait dans cette commune à onze heures du soir, dans un hangar rempli de foin, avec 18,050 francs de pertes. Le dimanche 4 mai, un nouveau voisin de Vuil... avait son écurie incendiée dans la soirée. Les pertes furent insignifiantes, 82 francs. Le 25 août de la même année, à Francheville où Vuil... avait été se mettre en condition, une grange remplie de gerbes disparaissait dans les flammes, avec 25,000 francs de pertes. Vuil... fut accusé ouvertement par l'opinion publique. Quand la gendarmerie voulut l'arrêter, il avait disparu. Il fut retrouvé à Dijon et emprisonné. Au bout d'un mois le parquet était contraint de rendre une ordonnance de non-lieu. L'accusé s'était défendu avec une intelligence et une habileté peu communes; il fit remarquer que le feu n'avait pas pris chez ses maîtres auxquels il aurait pu en vouloir, mais toujours chez ses voisins qu'il ne connaissait pas, étant dans la localité depuis très peu de temps; il réfuta adroitement toutes les charges qui pesaient sur lui et force fut de le mettre en liberté. Un an après, en août 1885, il se plaçait comme domestique cultivateur à Saint-Jean-de-Bœuf. Un dimanche de ce mois, sortant du café pour rentrer chez lui, il passa avec un ami devant une grange toute remplie de gerbes et ne put s'empêcher de s'écrier en la comtemplant : « Qu'elle belle flamme cela ferait ! » Il était onze heures du soir. A trois heures du matin, la grange était en flammes, et les pertes s'élevaient à 20,200 francs. Huit jours après, vers neuf heures du soir, une seconde grange flambait avec 3,340 francs de pertes. Vuil... fut de nouveau arrêté. La somme totale des pertes occasionnées par les sept incendies s'élevaient à 70,790 francs. L'accusé protesta aussi vivement de son innocence que la première fois ; il fit valoir les mêmes arguments, son ardeur et son empressement à porter secours, dont chacun témoignait; mais en dépit de toute

son habileté, il ne put cette fois triompher de l'accusation. Les nouvelles preuves rassemblées établissaient nettement sa culpabilité. Ce Vuil.... était un enfant abandonné, élevé par l'hospice de Dijon; on ne savait rien de sa famille. Tous les maîtres qu'il avait servis étaient unanimes à louer hautement ses facultés intellectuelles; on le considérait comme un domestique précieux, bon à tout faire. Quant à son caractère, les avis étaient partagés : les uns le présentaient comme un homme irritable, violent, méchant et buveur; les autres comme un modèle de douceur, d'obéissance et de sobriété. En rapprochant les dates je m'aperçus que les premiers avaient été ses maîtres jusqu'en 1882, et les autres l'avaient eu à leur service de 1882 à 1885. Il m'était dès lors démontré qu'une transformation complète s'était opérée dans sa manière d'être. De ceux qui, l'ayant eu chez eux les trois dernières années faisaient l'éloge de son caractère, tandis que quelques-uns le dépeignaient comme un garçon gai, jovial, aimant à rire, d'autres le représentaient taciturne, sombre, fuyant la société, aimant à parler sans cesse de feu et à raconter qu'il avait reçu une récompense pour acte de dévouement dans un incendie. Or, ici, encore en rapprochant les dates, il était facile de s'apercevoir que les dispositions noires de son esprit, son besoin de parler d'incendies coïncidaient avec les époques des crimes et que son humeur joviale se manifestait dans l'intervalle. Vuil... avait eu, à des mois de distance il est vrai, mais enfin il avait eu jusqu'en 1882 des attaques d'épilepsie; depuis 1882, elles ne s'étaient plus montrées.

Il y avait certainement dans ce cas des données suffisantes pour diagnostiquer la pyromanie. L'absence de tout mobile, la coïncidence des crimes avec la taciturnité et le besoin de parler d'incendies, alors que d'ordinaire le sujet était gai et expansif indiquaient clairement le travail morbide qui, à certains moments, s'opérait dans le cerveau de Vuil...; son empressement à porter secours n'était pas non plus le fait d'un criminel; enfin tous les caractères relatifs aux faits incriminés étaient réunis. Mais Vuil... n'avait pas seulement la réputation de n'être pas aliéné, il avait la réputation d'être très intelligent, et ce fait était en complète opposition avec l'état intellectuel habituel dans la pyromanie. Un certificat de M. le Dr Blondeau,

inspecteur des enfants assistés de la Côte-d'Or, a tout éclairé : Vuel... qui avait été épileptique jusqu'en 1882 avait cessé de l'être depuis cette époque; du même coup se trouvaient expliquées et la transformation psychique du caractère signalée dans l'observation et l'éclosion de la pyromanie dans un intellect bien organisé : cette pyromanie était symptomatique, elle n'était qu'une transformation de l'épilepsie. Tant que Vuel... avait eu des attaques de haut mal, il s'était montré le garçon violent, irritable et buveur dont parlaient certains témoins; en 1882 il cesse d'être épileptique pour devenir pyromane, et du même coup le voilà doux, obéissant et sobre. Le cas est plein d'intérêt scientifique. Il n'est pas douteux pour moi que la pyromanie de ce garçon ne fût due à une transformation de l'épilepsie : ce n'est pas la première fois d'ailleurs que le fait se présente. Pour ne citer qu'un auteur, je dirai que Mandsley a rapporté des observations très concluantes d'impulsions irrésistibles avec conscience chez des épileptiques qui avaient cessé d'avoir des attaques ; et en ce moment, j'ai dans mon service un exemple très net de cette transformation : il s'agit d'une épileptique de vingt-cinq ans qui, lorsque ses attaques ne viennent pas, comme elle dit, a des impulsions à l'homicide et au suicide dont elle est à ce point consciente qu'elle demande la camisole et supplie qu'on lui fasse venir ses crises qui, dit-elle, la débarrasseront de ses mauvaises idées. Dans un cas de pyromanie chez un malade intelligent, avoir trouvé que cette pyromanie n'était pas idiopathique, mais symptomatique de l'épilepsie, ne peut donner que plus de poids à notre assertion relative à l'infériorité

intellectuelle des impulsifs au feu chez lesquels la maladie est indépendante de toute autre.

Vuel... a fini par faire des aveux, et j'en ai été d'autant plus heureux que son développement intellectuel lui permettait de fournir des indications psychologiques précieuses. Le second dimanche de janvier 1882, il rentrait du café chez lui quand, pour la première fois, il eut tout à coup un mal de tête très vif et un désir si violent de voir des flammes que toute résistance fut impossible ; et il commit immédiatement son premier crime. Il est très affirmatif sur le mobile psychologique qui le poussait : il avait besoin de voir des flammes, cette vue durant un instant le ravissait, puis tout rentrait dans l'ordre et alors il courait au secours. Il attribue son mal à l'impression vive produite sur lui par l'incendie dans lequel il se dévoua, et qui lui valut une récompense, ce qui confirme les considérations dans lesquelles nous sommes entrés plus haut. Trois fois, ayant lutté, il a pu surmonter l'impulsion, mais d'ordinaire elle se présentait avec une violence telle qu'il succombait à l'instant, et elle se présentait de préférence quand il avait fait la noce. Une autre fois il put la surmonter quelques heures, mais fut obligé de se rendre. C'était en août 1885; en passant devant la grange, son désir de voir des flammes le saisit, et alors il s'écria : « Quelle belle flamme cela ferait ! » Il résista, rentra chez lui et se coucha, mais il ne put fermer les yeux ; il était obsédé, torturé; à trois heures du matin il ne résista plus. Il se leva, s'habilla, alluma sa lanterne et alla incendier cette grange dont il ne connaissait pas le propriétaire ! Jamais il n'a voulu mettre le feu chez ses maîtres, il

ne sait pas pourquoi, mais cela lui répugnait. Il expliquait son empressement à porter secours tout à la fois par le remords et le désir de n'être pas soupçonné. Des considérations et des observations qui précèdent, je conclurai :

I. Il existe une maladie mentale caractérisée essentiellement, sinon uniquement, par une impulsion irrésistible à mettre le feu, qui semble jaillir spontanément du plus profond de l'inconscient.

II. Dans un très grand nombre de cas le diagnostic de cette maladie est impossible par l'examen direct, soit à cause de la dissimulation des accusés, soit à cause de leur faiblesse intellectuelle qui ne leur permet pas de fournir des renseignements sur l'état de leur esprit au moment des crimes.

III. Dans ces cas le diagnostic peut être rigoureusement établi par certaines données spéciales de l'examen indirect.

IV. Ces données sont relatives aux faits incriminés et aux accusés.

V. Les données relatives aux faits incriminés, au nombre de quatre, sont par ordre d'importance : 1° incendies dans des matières faciles à enflammer et n'exigeant guère que l'approche d'une allumette ; — 2° multiples ; — 3° à la campagne ; — 4° les dimanches et jours de fête à la sortie du cabaret.

VI. Les données relatives aux accusés, au nombre de dix, sont par ordre d'importance : 1° absence de mobile ; — 2° faiblesse intellectuelle ; — 3° troubles physiques et modifications psychiques concomitants des crimes ou immédiatement antérieurs : céphalalgie,

palpitations de cœur, étouffements, lassitude, faiblesse générale, taciturnité, tristesse, tendance à causer d'incendies ; — 4° antécédents personnels : convulsions dans l'enfance ; développement et troubles de l'intelligence ; névroses ; maladies fébriles ; — 5° hérédité nerveuse ; — 6° puberté, ménopause ou troubles de la menstruation au moment des crimes ; — 7° empressement à porter secours ; — 8° préméditation et ruse dans la perpétration des crimes ; dissimulation et mensonges durant l'instruction ; — 9° sanité d'esprit affirmée par l'opinion publique. — 10° gens de la campagne.

VII. Les données relatives à l'accusé ont une bien plus grande valeur que celle relatives aux faits incriminés.

VIII. Il est très rare que toutes les particularités énumérées plus haut se rencontrent chez un même prévenu : il appartiendra à l'expert de les apprécier dans chaque cas particulier.

IX. Toutefois l'absence de mobile devra toujours être constatée ; cette absence à elle seule ne suffit pas à établir la pyromanie, mais cette maladie mentale est incompatible avec la présence d'un mobile, quelque futile qu'il soit, ainsi que nous l'avons précédemment établi [1].

[1] *Archives de Neurologie*, t. X, n° 30, 1885.

RECUEIL DE FAITS

CAS D'IDIOTIE AVEC HYPERTROPHIE DU CERVEAU

Par le Dr CULLERRE
Directeur-médecin de l'Asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon.

OBSERVATION. — *Semi-idiot adulte et bien conformé, ayant vécu cinquante-trois ans. Absence complète d'accidents cérébraux pendant tout le cours de l'existence. Mort causée par un cancer du foie. — Autopsie : Hypertrophie cérébrale avec adhérences méningées. — Description du cerveau.*

Le nommé Bard... (Alcide), né le 13 août 1830, est entré une première fois à l'asile de la Roche-sur-Yon, le 7 juillet 1848, pour cause d'*idiotie* avec impulsions dangereuses, et est sorti le 26 septembre 1853, sur la demande de sa famille. Il fut réintégré le 12 septembre 1857, à la suite d'une multiplicité d'actes instinctifs malfaisants. Il avait entre autres habitudes, celle de frapper avec le premier objet qui lui tombait sous la main sa mère ou son frère pour le motif le plus futile.

On ne possède aucun renseignement sur ses antécédents de famille. Son père, ancien gendarme, était mort au moment de son admission. Sa mère vivait ; elle avait avec elle un autre fils qui paraît avoir été intelligent.

Alcide était un homme d'une taille de 1m,70 au moins, d'une bonne conformation physique, d'un développement complet, mais d'un tempérament lymphatique très prononcé. Il était sujet à des suppurations et à des accidents cutanés très fréquents. Sa tête était grosse, mais d'une conformation régulière, le front haut à bosses proéminentes, le vertex aplati et largement développé. Aucune asymétrie dans les traits ou les os de la face et du crâne. Le visage présentait un aspect assez repoussant, en raison d'un strabisme très prononcé, d'un nez extrêmement crochu et d'une bouche très grande, ne présentant plus que des chicots informes en place de dents. On ne constatait chez cet individu aucune infirmité ; il n'avait pas d'attaques convulsives, et jouissait d'une bonne

santé habituelle. Doué, d'un appétit féroce, d'une véritable boulimie, il mangeait à chaque repas cinq à six rations de soupe, et se gorgeait en outre des restes jetés aux eaux grasses par les autres malades. Quand il se livrait à cette occupation, il eût été dangereux de s'approcher de lui et d'essayer de l'en empêcher.

Ses facultés intellectuelles étaient à peu près celles d'un chien médiocrement intelligent. Son langage était très imparfait; il ne construisait aucune phrase mais se faisait comprendre à l'aide de mots prononcés isolément, et d'une façon non seulement défectueuse, mais à peine compréhensible pour les initiés. Le directeur, c'était « *Monsieur Teur* », l'interne, « *Monsieur Mintème* », le gardien de la section, « *gain* ». Quand il était en colère il menaçait d'un « *coup pé* » (coup de pied); ou bien s'écriait « *mon bot!* » (gare mon sabot), ou bien « *te tue, aller terre toi* » (je te tue, tu vas aller en terre). Il était extrêmement violent et impulsif. Dans les premiers temps de son séjour à l'asile, il fallait cinq ou six gardiens pour se rendre maîtres de lui, et alors qu'il était en cellule, la porte s'était effondrée sous ses coups. — A la moindre contrariété, il se jetait sur son adversaire, cherchait à le mordre et le frappait tantôt avec le premier objet qui lui tombait sous la main, tantôt en lui lançant un formidable coup de pied dans le ventre, ce qu'il faisait en se retournant et, comme les animaux, en décochant une ruade. Il y a une dizaine d'années, un autre aliéné frappé de la sorte par lui succomba le lendemain à une péritonite. Quand il se sentait hors d'état de résister, ses colères étaient furieuses; il jetait ses vêtements, sa casquette, lançait ses sabots en l'air et trépignait avec rage. Il était très vain, aimait à porter une casquette galonnée, à orner sa boutonnière de chiffons voyants, de boutons de cuivre, et quand quelque visiteur arrivait, il accourait sur son passage, se pavanant et montrant du doigt les ornements de son costume avec un gros rire de satisfaction bestiale; il ne manquait pas chaque matin à la visite de se présenter cinq ou six fois sur le passage du médecin, en cherchant à attirer son attention par des saluts et une mimique des plus comiques, mais qui ne tardait pas à devenir importune.

Il collectionnait à la façon des déments toutes sortes de débris et d'objets disparates: vieux papiers, boutons, ficelles, morceaux d'ardoises, cailloux, etc... On ne pouvait l'alléger de sa collection qu'en le mettant au bain, car il défendait son butin avec une énergie féroce, et la nuit, cachait ses vêtements entre son matelas et son sommier. Il manifestait un érotisme très prononcé, et non seulement il abusait pour son propre compte de la masturbation, mais encore il la pratiquait sur les autres et cherchait à les entraîner à la pédérastie. Il était incapable d'aucun travail sérieux, mais seulement de quelques corvées. Il aidait le garçon

d'amphithéâtre, et après les autopsies, il s'acquittait avec une joie étrange de sa lugubre besogne. Il montrait quelque attachement pour son gardien habituel, le défendait quand il le voyait aux prises avec un malade agité en saisissant ce dernier par derrière ; il aimait aussi à exercer une surveillance toute spéciale sur ceux qui faisaient des tentatives d'évasion ; il accourait aussitôt prévenir le gardien, et lui dénonçait le coupable.

Au commencement de mars 1883, Bard... commença à maigrir et à avoir des vomissements alimentaires fréquents. Il accusait une douleur assez vive à la partie inférieure du côté droit ; son indocilité, son inintelligence ne permirent pas un examen fructueux et le diagnostic resta indécis ; la poitrine fut cependant reconnue saine. Le 23 mars, il fut définitivement arrêté et obligé de s'aliter ; une fièvre vive s'était emparée de lui et les vomissements étaient devenus incoërcibles. Il succomba le 25, à la suite d'une période fébrile intense, à un cancer du foie, comme l'a montré l'autopsie. Il était âgé de cinquante-trois ans.

Autopsie. — Cadavre rigide, embonpoint conservé, cicatrices d'anciens ulcères aux jambes ; on en voit quelques autres sur le corps et les cuisses, rondes et déprimées, probablement de rupia ou de suppurations scrofuleuses. Organes génitaux velus, très développés, hydrocèle de la tunique vaginale droite ; les deux testicules sont normaux. Les organes thoraciques sont sains, sauf un peu de congestion pulmonaire.

A l'ouverture de l'abdomen, le foie apparaît volumineux, parsemé de taches jaune citron de différentes dimensions, qui sont l'indice d'autant de tumeurs encéphaloïdes, jaunes, molles, se déchirant facilement, ne laissant suinter aucun liquide à la coupe. Les tumeurs, en nombre considérable, envahissent tout le foie et varient de la grosseur d'une noisette à celle d'une orange, les unes plus fermes, les autres en voie de ramollissement. Les autres organes abdominaux sont sains.

Crâne. — Les os sont d'épaisseur moyenne, d'une couleur jaune de graisse, très durs, comme éburnés ; pas de trace de sutures sur la voûte, ni en dedans ni en dehors. — *Dure-mère* tendue, d'un blanc jaunâtre, d'aspect normal ; quand on l'incise, le cerveau fait immédiatement hernie à travers l'incision. L'arachnoïde est soulevée en beaucoup de points par des amas de bulles gazeuses très fines ; elle est légèrement opalescente, cependant elle laisse voir par transparence la substance cérébrale étalée et lisse, comme turgescente presque sans trace de sillons. Les vaisseaux de la périphérie sont presque exsangues. Une très petite quantité de sérosité s'échappe lorsqu'on enlève l'encéphale de la boîte crânienne ; mis en son entier dans la balance, il pèse 1,530 grammes.

La *pie-mère* est adhérente à la substance corticale sur les deux tiers antérieurs des hémisphères. A droite les adhérences sont plus généralisées, la pie-mère entraîne avec elle une mince couche de substance grise, moins épaisse à la vérité que dans les cas vulgaires de paralysie générale, mais tout aussi uniforme. Du côté gauche les adhérences sont moins confluentes et plus superficielles que du côté droit.

La pie-mère complètement enlevée, les *hémisphères* pèsent : le droit 640 gr. et le gauche 645 gr. Le *cervelet*, l'*isthme* et le *bulbe* pèsent 200 gr. Les membranes enlevées pèsent donc 45 gr. Le cervelet est volumineux, mais sans trace d'hypertrophie. L'isthme et le bulbe ne présentent aucune anomalie, et sont absolument comme dans l'état normal.

Les *ventricules latéraux* ne sont pas plus développés qu'à l'ordinaire et leurs surfaces ne présentent rien de notable. Des coupes pratiquées perpendiculairement au grand axe sur chaque hémisphère permettent de constater que la substance grise des circonvolutions est bien développée et très épaisse dans les régions antérieures; dans les parties postérieures, elle n'offre aucun caractère particulier. Les noyaux gris ne présentent aucune hypertrophie, et sont absolument sains dans tous les points; la capsule interne se présente sur les coupes, avec un développement qui semble au-dessus de l'état normal.

L'*examen microscopique* à l'état frais et par dissociation permet de constater que l'hypertrophie porte sur la matière amorphe cérébrale, constituant la névroglie et sur les myélocites qui sont extrêmement abondants, et d'un très beau développement. Les capillaires les plus fins sont sains, ceux qu'on rencontre isolés portent accolés à leurs parois de distance en distance de très gros noyaux. Les capillaires de moyen calibre sont signalés dans les préparations par des traînées de granulations jaunes réfringentes de substance graisseuse ; tous sont vides de globules sanguins.

Les cellules nerveuses qu'on rencontre disséminées dans les préparations semblent saines pour la plupart. Un certain nombre cependant sont envahies par des granulations graisseuses, mais dans toutes le noyau est intact et visible. Enfin, on trouve à l'état de dissémination dans toutes les préparations une grande abondance de corps granuleux de toutes dimensions, indiquant que la substance cérébrale a subi un commencement de régression.

Des fragments de substance cérébrale empruntés à la troisième frontale et aux circonvolutions centrales de l'hémisphère droit ont été placés dans une solution de bichromate de potasse, mais comme, à cause de la mollesse du tissu, j'avais cru devoir plonger pendant quelques jours le cerveau dans un bain acidulé par l'acide nitrique, afin d'en obtenir plus commodément des épreuves

photographiques, la substance est devenue extrêmement dure et très friable, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'il a été possible d'obtenir des coupes pour l'examen histologique.

Pour cette raison et aussi pour ne pas m'aventurer en dehors du cercle de mes connaissances histologiques, je ne décrirai que ce qui m'a paru d'une évidence incontestable dans mes préparations.

La substance grise a pris sous l'influence du carmin une coloration rouge uniforme très intense. Les cellules pyramidales paraissent en moins grand nombre qu'à l'état normal, elles sont de faible dimension mais sont pourvues de leur prolongement. On ne les rencontre qu'à la région moyenne. Tout le reste de la substance grise est occupé par des myélocites très abondants, se présentant sous l'aspect de noyaux foncés, entourés ou non d'une zone claire de dimensions variables.

Les vaisseaux capillaires sont extrêmement abondants et très sinueux. Ils forment de véritables mailles dans la préparation. On ne trouve sur leurs parois que de rares noyaux. Enfin, on rencontre, principalement aux confins des substances grise et blanche, une grande quantité de cellules araignées de toute dimension dont quelques-unes poussent leurs prolongements jusqu'à la paroi des vaisseaux.

Description du cerveau. — Ce qui frappe dans l'aspect général de l'organe, c'est la simplicité, on pourrait dire la rareté des



Fig. 1. — Face externe de l'hémisphère droit du cerveau.

circonvolutions, et l'énorme hypertrophie de la substance nerveuse, surtout dans les lobes frontaux et sphéno-temporaux; le cerveau est déplissé comme si on l'avait insufflé intérieurement. On éprouve à le considérer une impression analogue à celle que produit la vue d'un membre éléphantiasique. Les sillons sont effacés ou à peine indiqués, les scissures sont droites et tout d'une pièce. L'hémisphère gauche est absolument schématique;

le droit est d'une conformation un peu moins simple, principalement dans sa moitié postérieure. (*Fig.* 1 et 2.)



Fig. 2. — Face externe de l'hémisphère gauche du cerveau.

Scissures. — La scissure de Sylvius possède ses deux branches, mais la branche frontale est à peine indiquée par une simple encoche.

Le sillon de Rolando est formé à gauche par un sillon sans sinuosités, légèrement convexe antérieurement; il n'aboutit pas au bord supérieur de l'hémisphère. Celui de droite a la forme d'un S et se termine normalement à sa partie postérieure. Sur les deux hémisphères, le sillon de Rolando est beaucoup moins marqué que les sillons qui lui sont parallèles et qui isolent la frontale ascendante des circonvolutions frontales antérieures.

Des deux côtés, la scissure perpendiculaire externe est très marquée et très profonde, et sépare complètement des lobes pariétaux les lobes occipitaux qui forment calotte, reproduisant ainsi à un haut degré la disposition simienne. Cette scissure se continue sans interruption sur la face interne jusqu'à la fente de Bichat.

La scissure interpariétale présente, à gauche, une ligne à deux courbures et se poursuit sans interruption de son origine au pied de la pariétale ascendante, à sa terminaison dans le lobe occipital. A droite, elle est interrompue à son milieu par un pli qui réunit le lobule pariétal supérieur à l'inférieur.

Les scissures parallèles n'existent pas dans une partie de leur trajet, effacées par l'hypertrophie.

Circonvolutions. — 1° *Lobe frontal.* Les lobules orbitaires présentent, à peine indiqués, deux légers sillons rectilignes dont l'un peut correspondre au sillon olfactif.

Le sillon qui sépare les trois frontales antérieures de la frontale ascendante est interrompu à droite par un pli anastomotique; à

gauche, il est d'un seul jet, et va se perdre sur la face interne de l'hémisphère; la scissure frontale supérieure n'existe pour ainsi dire pas. On ne distingue d'ailleurs bien nettement sur ces lobes que la première et la troisième circonvolution, la deuxième se fondant pour ainsi dire avec la première en haut et en arrière, et avec la troisième en bas et en avant. En effet, on distingue, correspondant à ces deux régions, deux énormes méplats, boursoufflés, presque sans trace de sillons, dont l'un répond au pied des deux premières frontales et l'autre à la troisième.

La circonvolution frontale ascendante, très amincie à sa partie moyenne, rectiligne à gauche, un peu sinueuse à droite, s'unit à la partie inférieure avec la pariétale ascendante, mais est complètement libre à sa partie supérieure. Le lobule de l'insula est absolument lisse des deux côtés, présentant une surface bombée sans trace de digitations.

2° *Lobes pariétaux.* Les deux pariétales ascendantes, très simples et peu sinueuses, se continuent normalement avec le lobule pariétal supérieur en haut et le lobule du pli courbe en bas. Le lobule pariétal supérieur est formé, à gauche, d'un seul pli sinueux qui va s'amincissant en arrière, et contourne la scissure perpendiculaire externe sans anastomose aucune avec les parties voisines. A droite, il est un peu plus développé, et envoie une anastomose au pli courbe. A gauche, la circonvolution du pli courbe forme un vaste plateau où se dessinent deux fossettes allongées; le pli courbe est très simple et formé par une seule circonvolution régulière, contournant la scissure parallèle. A droite, la circonvolution du pli courbe est un peu mieux dessinée, et le pli courbe un peu plus sinueux, moins haut, et est beaucoup plus volumineux qu'à gauche.

3° *Lobes occipitaux.* Les deux plis de passage pariéto-occipitaux sont formés par deux replis très simples qui contournent la scissure perpendiculaire externe sans la moindre duplicature. Les circonvolutions occipitales sont à peine indiquées.

4° *Lobes temporaux.* Enormément hypertrophiés, surtout dans leur partie antérieure, ils ne présentent en avant qu'un sillon peu profond, de telle sorte que ce n'est qu'en arrière qu'on peut distinguer ses trois circonvolutions habituelles.

5° *Face interne des hémisphères.* Les deux circonvolutions frontales internes se développent parallèlement comme deux boudins accolés l'un à l'autre. A peine quelques fossettes indiquent la place des sillons normaux. Le lobule paracentral forme à gauche une large surface unie avec une simple petite fossette verticale au centre. Celui de droite est profondément divisé en deux moitiés par le prolongement du sillon qui sépare la frontale ascendante des trois frontales antérieures, disposition qui doit être

rare. Les lobules quadrilatères présentent quelques sillons en forme d'X à droite, et à gauche en forme de V. Ils sont énormes.

Autre caractère anormal, les scissures des hippocampes se continuent directement avec la grande ouverture des hémisphères sans aucun pli de passage superficiel.

Réflexions. — Dans l'observation qui précède, quelques points me paraissent dignes de remarque. Hypertrophie à part, l'étude des circonvolutions nous montre qu'il s'agit d'un cerveau rudimentaire, et que, eu égard à sa conformation toute primitive, son possesseur jouissait d'une intelligence relativement développée. Ce malade n'était pas complètement idiot : il parlait, bien que d'une manière très imparfaite; il comprenait, agissait, n'était pas absolument dénué de sensibilité affective. C'était plus qu'un imbécile, mais moins qu'un idiot. La lésion hypertrophique, qui cependant portait principalement sur les lobes frontaux et plus spécialement, s'il est possible, sur les troisièmes circonvolutions frontales, ne s'opposait donc pas, dans une mesure très appréciable, au libre fonctionnement de l'organe, qui donnait évidemment tout ce dont il était capable.

L'examen microscopique nous montre à la fois un arrêt de développement des éléments cellulaires de la substance grise, c'est-à-dire les caractères de l'idiotie, et un état pathologique rappelant quelques-unes des lésions de la paralysie générale. Cet examen m'a immédiatement rémémoré le travail de MM. Bourneville, d'Olier et Brissaud sur la démence épileptique (*Archives de Neurologie*, n° 2). Les lésions que j'ai constatées me semblent avoir une grande analogie avec celles que décrivent ces auteurs dans leur travail. Les épileptiques présentant quelquefois des adhérences méningées et souvent de l'hypertrophie cérébrale, la rencontre me semble des plus naturelles.

Il me semble probable que le développement de cette lésion cérébrale remontait à l'enfance et s'était arrêté à une époque antérieure à l'admission du malade à l'asile. Cette opinion peut être déduite du volume considérable de la tête et de l'absence absolue, pendant toute cette longue période de vingt-six années (1857-1883), de symptômes susceptibles d'être rattachés à un travail morbide du côté des centres nerveux. Un doute est permis cependant, en ce qui concerne les adhérences corticales constatées à l'autopsie, et dont le début était peut-

être récent. Elles n'auraient, dans tous les cas, provoqué aucun des symptômes que révèlent d'ordinaire la naissance d'une méningo-encéphalite. Peut-être se sont elles développées lentement et insidieusement sans le cortège habituel des signes d'une poussée inflammatoire vers les centres nerveux. L'existence exceptionnellement longue de ce malade et qui aurait pu se prolonger vraisemblablement longtemps sans la maladie accidentelle qui l'a emporté, me semble encore venir à l'appui de ma manière de voir. L'hypertrophie cérébrale constituait pour son cerveau un état acquis stationnaire, et compatible avec un fonctionnement régulier.

Il n'en est pas de même dans la plupart des observations citées par les auteurs et dans lesquelles l'hypertrophie cérébrale a donné lieu à des symptômes d'une gravité sans cesse croissante et déterminé finalement la mort des malades. A ce point de vue donc, au moins, l'observation précédente présente un côté neuf et digne d'intérêt. L'absence complète des phénomènes épileptiques qui, d'après les auteurs (Voir *Dict. Encyclop. des sciences médicales*, 1re série, t. XIV, page 303), sont un des symptômes constants de l'hypertrophie cérébrale, me semble aussi mériter l'attention.

Parmi les faits plus ou moins analogues, qui, à ma connaissance, ont été publiés dans ces dernières années, je citerai les deux suivants insérés par le Dr Brunet, dans les *Annales médico-psychologiques* en mars 1874, et qui appartiennent à un mémoire intitulé : « *Hypertrophie du cerveau* ». Il s'agit des observations II et III de ce travail. En voici le résumé :

1° Idiot, extrêmement méchant, ne parlant pas, mais comprenant très bien ce qu'on lui disait, d'une taille de 1 m. 35, devenu épileptique à l'âge de douze ans et mort à dix-sept ans à la suite d'attaques convulsives répétées. A l'autopsie, on constate que les os du crâne sont minces, les circonvolutions aplaties, l'encéphale pèse 1,632 gr., et les deux hémisphères non dépouillés des membranes atteignent le poids de 1,450 gr. — « Le cerveau, dit M. Brunet, forme deux saillies prononcées à quelques centimètres de l'extrémité postérieure, les circonvolutions sont tassées les unes contre les autres, aplaties et les anfractuosités qui les séparent sont peu profondes... Cet aplatissement est surtout très marqué sur le tiers antérieur des faces externes ; la substance corticale est plus colorée qu'à l'état normal, la substance blanche est très injectée ; les rapports d'épaisseur de la substance corticale à la substance blanche sont les mêmes qu'à l'état normal ; pas de

lésions locales. La troisième circonvolution frontale des deux hémisphères est aplatie. Le lobule de l'insula est normal et ses circonvolutions bien dessinées. »

2° Idiot de dix-neuf ans, mort dans le marasme. L'encéphale pèse 1,780 gr., l'hémisphère droit 820 et le gauche 790. Sur le tiers antérieur, les membranes sont adhérentes et entraînent en plusieurs points des portions de substance corticale très ramollie. Presque partout la substance grise est plus colorée qu'à l'état normal : « les circonvolutions cérébrales ne sont ni aplaties ni tassées ».

La première de ces observations a beaucoup de rapport avec celle qui fait l'objet de ce travail. La seconde s'en rapproche surtout en ce qu'on y constate de la méningo-encéphalite, avec adhérences corticales dans les régions antérieures du cerveau.

REVUE CRITIQUE

LA PARANOIA

DÉLIRES SYSTÉMATISÉS ET DÉGÉNÉRESCENCES MENTALES

Historique et critique;

Par J. SÉGLAS, médecin-adjoint de l'hospice de Bicêtre.

Depuis plusieurs années, on voit décrites à chaque pas dans les livres étrangers, surtout allemands et italiens, des modalités vésaniques désignées du nom de *Paranoia*, *Verrücktheit*, *Wahnsinn*. Bien que toutes ces formes aient été étudiées en France, on n'a pas envisagé la question sous le même aspect; aussi éprouve-t-on parfois des difficultés à se rendre compte de la valeur de certains termes particuliers et de la place que doivent tenir en psychiâtrie les faits auxquels ils servent d'étiquette. D'un autre côté, l'étude des dégénérescences mentales étant partout à l'ordre du jour, et se rapportant directement à

la question de la *Paranoia*, il nous a semblé qu'une revue des principaux travaux publiés jusqu'ici sur ce sujet ne serait pas hors de saison et pourrait peut-être présenter quelqu'utilité.

I.

Donner d'emblée une définition exacte de la *Paranoia* nous paraît difficile pour ne pas dire impossible. En effet, il n'est peut-être pas de mot en psychiâtrie qui ait une acception plus vaste et plus mal définie; l'accord étant loin d'être fait encore parmi les aliénistes qui ont écrit sur la matière. Ce terme d'ailleurs n'a pas de signification très précise par lui-même, comme on peut le déduire de son étymologie (παρα auprès de, à côté de, presque, de travers, et νοεω penser, être sage). Aussi différents auteurs, la prenant soit dans un sens soit dans l'autre, lui donnent le sens de déviation de l'intelligence ou de intelligence incomplète. Cette ambiguïté pour d'autres plaiderait en faveur de l'excellence de ce terme indiquant à la fois une altération qualitative et quantitative de l'intelligence. Mais c'est là déjà préjuger trop vite de la nature de l'affection que ce mot désigne. Disons simplement pour le moment que nous trouverons le terme *Paranira* employé par les auteurs concurremment avec les mots allemands *Verrücktheit* ou *Wahnsinn*, le premier cependant se rapprochant plus du mot *Paranoia* par le sens qu'on lui donne (délire systématique enté sur une intelligence incomplètement développée), tandis que le mot *Wahnsinn* désignerait simplement l'altération qualitative de l'esprit. Tout cela ressortira mieux de l'exposé qui va suivre; en attendant nous dirons seulement que tous ces termes peuvent se traduire en français par l'expression de *folie systématisée* ou de *délire systématisé*, qui englobe toutes les formes de *Paranoia* décrites par les auteurs; qu'il y ait avec le délire coïncidence ou absence d'un fond mental faible, présence ou absence d'un état psychoneurotique antérieur (manie ou mélancolie).

II.

Il y a déjà de nombreuses années, que le vocable *Paranoia* est employé en psychiâtrie. En effet, si l'on en croit Bucknill

et Tuke, Vogel en 1764 se servait déjà de ce terme et sous le nom de *Paranoia* comprenait neuf classes de phrénopathies, parmi lesquelles la manie, la mélancolie, la démence. Nous sommes loin comme on le verra, de la conception moderne de la *Paranoia*.

En 1818, nous retrouvons le terme *paranoia* employé par Heinroth [1], mais il n'en a qu'une idée vague et peu précise. Cependant sous le nom d'*Ectasis paranoica*, il a décrit certains états secondaires d'exaltation mentale avec conceptions délirantes fixes et sentiment exagéré de la personnalité.

Nous retrouvons ces idées dans Esquirol [2] qui décrit les monomanies intellectuelles et rapporte plusieurs observations dans lesquelles il insiste surtout sur les idées de grandeurs.

En Allemagne Griesinger [3] (1845) décrit la folie systématisée (p. 382) (*Die Verrücktheit*) et la considère comme une maladie toujours secondaire et consécutive à la mélancolie ou à la manie. Il signale aussi le petit nombre des conceptions délirantes fixes que le malade répète constamment. Ces idées qui se rapportent toujours à la personnalité de l'individu, à ses rapports avec le monde, peuvent être actives, exaltées, (idées de grandeur) ou passives (idées de persécution). On peut ainsi distinguer deux formes de folie systématisée. En plus Griesinger classe cette vésanie parmi les états secondaires d'affaiblissement intellectuel expliquant ainsi la formation et la permanence du délire. — A côté de cette forme secondaire nous trouvons une autre forme *Wahnsinn* (p. 357), état d'exaltation mentale avec conceptions délirantes fixes de nature ambitieuse. — Nous noterons que cette monomanie exaltée est absolument confondue avec la période prodromique de la paralysie générale et certains états d'excitation maniaque.

A la même époque (1845), Ellinger [4] admettait à côté de la forme secondaire une autre forme de folie systématisée (*Verrückheit*) primitive, mais sans la décrire.

En somme, jusqu'ici, nous n'avons rien de bien net sur la folie systématisée; et si cette conception a été entrevue, elle n'a pas été l'objet d'une description particulière exacte. C'est La-

[1] Heinroth. — *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens*, 1818.

[2] Esquirol. — *Des maladies mentales*... T. II, 1838.

[3] Griesinger. — *Traité des maladies mentales*. — Traduction française de Doumic, 1865.

[4] Ellinger. — *Allg. Zeit. f. Psych., anno II*, 1845.

sègue qui devait combler cette lacune, et l'on peut dire avec Witkowski[1], que c'est à lui que revient la première place dans la description de la folie systématisée par son étude sur le délire des persécutions[2] (1852).

Nous retrouvons la folie systématisée dans les ouvrages de Morel. Dans ses *Etudes cliniques*[3] (1852), il donne des observations de la transformation chez les héréditaires vésaniques des idées hypocondriaques en idées de persécution, puis de grandeur. Dans son *Traité des maladies mentales*[4] (1860), il adopte le mot de folie systématisée, le substituant à celui de monomanie dû à Esquirol, et séparant ces états de la démence, à l'inverse de Griesinger. Ses deux premières classes d'aliénations héréditaires comprennent à peu près tout le cadre de ce qui a été décrit plus tard sous le nom de délires systématisés primitifs. Il décrit les idées fixes, les excentricités, les bizarreries des héréditaires, insiste sur la très grande fréquence de la systématisation dans ces formes, sur la rapidité de l'apparition et de la disparition des idées délirantes dans certains cas, sur le développement lent, mais continu dans d'autres, tout cela se passant sur un fond d'affaiblissement, ou plutôt de déséquilibration mentale. Le même auteur décrit aussi la fusion des deux formes, expansive et dépressive, de certains délires systématisés comparables aux états héréditaires, le passage de l'hypochondrie au délire de persécution (hypocondrie transformée) et de là au délire des grandeurs, et l'incurabilité de cette forme à évolution parfois rémittente, mais continue, dont le terme est la démence.

En somme, on le voit avec ces deux maîtres, la psychiâtrie française décrit la première la folie systématisée primitive. Nous pouvons citer encore dans ce sens les travaux de Lélut et de Voisin sur la folie sensorielle que certains auteurs ont regardée depuis comme une forme aiguë de *Paranoia* (Westphal). Depuis cette époque, peu de chose, au moins jusqu'à ces dernières années, a été fait dans notre pays sur ce sujet; et si l'on peut dire que la théorie de la *Paranoia* a germé en France, il faut

[1] Witkowski. — *Berliner klinische Wochenschr...* 1876.
[2] Lasègue. — *Arch. de méd.*, 1852.
[3] Morel. — *Etudes cliniques* 1852, t. I, p. 163 à 166 et 363 à 367.
[4] Morel. — *Traité des maladies mentales*, 1860.

reconnaître, comme nous l'allons voir, que c'est à l'étranger, surtout en Allemagne, qu'elle s'est développée.

En 1863, Kahlbaum [1] reste fidèle à la doctrine de Griesinger sur l'origine secondaire de la folie systématisée, en admettant cependant la possibilité d'une forme primitive.

C'est Snell [2], qui le premier, en 1865, décrit nettement une forme fondamentale, distincte de la manie et de la mélancolie, et caractérisée par l'apparition primitive de séries d'idées délirantes particulières de contenu mixte (persécution et grandeur) et accompagnées d'hallucinations (*primäre oder eigentlicher Wahnsinn*). Les idées délirantes en outre n'auraient pas, comme dans les autres formes, un retentissement sur toute la vie mentale, une tendance à la généralisation. Le symptôme le plus saillant serait un délire de persécution avec exagération du sentiment de la personnalité et tendance à l'activité au lieu de la passivité, différant en cela de la mélancolie. On peut observer aussi des délires de grandeurs également primitifs, contemporains ou consécutifs au délire de persécution, et amenant une transformation de la personnalité.. Le développement de ces formes vésaniques est lent, quelquefois cependant elles débutent brusquement par de l'excitation mentale. Le pronostic est mauvais, cependant on n'observe jamais dans ces cas une démence consécutive véritable.

En 1867, Griesinger [3] revenant sur l'opinion qu'il avait professée antérieurement, admet maintenant avec Snell l'origine primitive des états mixtes (délires de persécution et de grandeur) et les décrit sous le nom de *Primäre Verrücktheit*. Il signale en plus les formes hypocondriaque et érotique.

Sander [4], poussant plus loin l'analyse, étudie en 1868 une forme spéciale de *Primäre Verrücktheit*, qu'il appelle *originäre*. Il en montre les caractères dégénératifs communs aussi d'ailleurs aux autres formes primitives et la note distinctive consistant dans l'origine congénitale. Les malades naissent avec des prédispositions héréditaires qui se manifestent dès l'enfance (ano-

[1] Kahlbaum.— *Gruppirung der psychischen Krankheiten*. Dantzig, 1863.

[2] Snell. — *Ueber Monomanie als primäre Forme der Seelenstörung* (*Allg. Zeit. f. Psych.*, 1865. B, XXII, p. 368.

[3] Griesinger. — *Vortrag zum Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin*, 2 *mai* 1867 (*Arch. f. psych. B. I*, p. 148, 1867).

[4] Sander.—*Ueber eine specielle Form der primären Verrücktheit*. (*Arch. f. Psych.*, 1868-1869, B. I, p. 387.)

malies de l'intelligence, du caractère, des sentiments, de la conformation physique). Arrivés à l'époque de la puberté, ils suivent deux routes : les uns, trop mal armés, succombent dans la lutte pour l'existence ; ils sont pris d'hallucinations, de conceptions délirantes, et tombent rapidement dans la démence. Les autres résistent plus longtemps et vivent dans la société où ils se font remarquer par leurs bizarreries, leurs excentricités ; ils sont émotifs, méfiants, misanthropes, souvent onanistes. Dans ces cas, surviennent souvent des illusions et des hallucinations. Le subjectivisme morbide auquel ces sujets sont en proie, rapportant tout à eux-mêmes, s'exagère ; il en est de même des autres travers de leur caractère, qui semblent s'hypertrophier, et alors arrivent les idées systématisées de persécution, d'empoisonnement, etc., variant de couleur suivant l'éducation du malade, le milieu où il vit. A côté de ce développement lent et graduel, Sander signale encore la fréquence des rémissions et le peu de tendance à la démence. Quant à l'étiologie de ces délires originels, il faut la chercher le plus souvent dans l'hérédité et dans les maladies nerveuses et cérébrales de l'enfance entravant le développement normal du cerveau. La pédérastie et les perversions sexuelles seraient caractéristiques de la forme originaire de la folie systématisée (p. 269).

En 1873, Snell décrit sous le nom de folie systématisée (*Wahnsinn*) consécutive à la mélancolie, à la manie ou à l'épilepsie une folie systématisée secondaire ou impropre, adoptée depuis par Hertz [1], Ripping, Nasse.

Samt [2] en 1874 décrit *la variété hallucinatoire de la forme originaire de Sander*, en la divisant en deux sous-variétés. La première, *hallucinatoire dépressive*, après une période d'incubation très longue, éclate souvent à la ménopause chez la femme. Ce sont les hallucinations de l'ouïe qui ouvrent la scène. Les idées de persécution qui les accompagnent ne sont qu'un syndrôme non caractéristique se retrouvant dans d'autres formes de folie. Les idées fixes ont pour Samt la même base pathologique que l'hallucination, et ne sont pas une tentative d'explication de la part du malade. On observe aussi des

[1] Hertz. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.* B. XXXIV.
[2] Samt. — *Die naturwissenschaftliche Methode in der Psychiatrie* Berlin 1874, p. 38, 42...

hallucinations des autres sens, mais rarement de la vue; le délire dans lequel il n'y a pas de signes d'affaiblissement intellectuel a une marche très lente avec des exacerbations et des rémissions : il n'aboutit qu'exceptionnellement au délire des grandeurs. La seconde sous-variété, *hallucinatoire exaltée*, se distingue par la prédominance des hallucinations visuelles, suivies généralement d'un stade d'excitation. On observe aussi des hallucinations auditives, mais très vagues. Ce délire à marche irrégulière, ne s'accompagne pas non plus de signes d'affaiblissement intellectuel. Comme exemple, nous avons le délire religieux et le vrai délire des grandeurs.

Westphal le premier, en 1878, décrit la forme aiguë et tente une classification de la folie systématisée (*Verrücktheit*) qu'il divise en quatre groupes [1] : 1° La *forme hypochondriaque* déjà décrite par Morel, à marche chronique, avec des rémissions typiques. Les troubles de la sensibilité générale constituent le substratum du délire de persécution s'accompagnant d'illusions et d'hallucinations.— 2° La *forme chronique* à début lent, à marche rémittente. Les hallucinations et le délire de persécution apparaissent les premiers, tantôt l'un, tantôt l'autre, et ne sont pas précédés d'un stade hypochondriaque. Au bout d'un certain temps, viennent s'ajouter des idées de grandeur. — 3° La *forme aiguë* est caractérisée par l'explosion subite d'hallucinations surtout de l'ouïe et souvent terrifiantes, s'accompagnant d'idées de persécution. A l'acmé de la maladie, l'incohérence est telle qu'on croirait à un délire fébrile. Dans certains cas il y a des impulsions; dans d'autres, au contraire, anéantissement complet. Aussi Westphal fait-il rentrer dans ce groupe beaucoup de cas de mélancolie avec stupeur et les catatoniques de Kahlbaum [2]. Ces délires aboutissent brusquement ou graduellement à la guérison. — 4° La dernière forme n'est autre que La *forme originelle* de Sander, la seule dans laquelle Westphal admette un fond de dégénérescence.

Tandis que certains auteurs, comme nous l'avons vu plus haut, s'en tiennent à la terminologie de Snell, d'autres adoptent celle de Westphal; ce sont : Leidesdorf, Koch, Jung, Schuele Merklin.

[1] Westphal. — *Ueber die Verrücktkeit* (*Allg. Zeit. f. Psych.* B. XXXIV, p. 252, 1878.)

[2] Kahlbaum. — *Die Catatonie*, Berlin, 1874.

Murh [1], en 1876, rapporte l'autopsie d'un individu atteint de folie systématisée non originaire, dans lequel il y avait une atrophie de l'hémisphère droit du cerveau.

Leidesdorf [2] (1878) revient sur la théorie des folies systématisées secondaires ; il va même jusqu'à l'exagération en admettant comme états primitifs non seulement des états psychoneurotiques, mais encore des maladies infantiles, des traumatismes, qui ne sont souvent que des causes.

Fristh [3] (1878) étudie les rapports des conceptions délirantes avec l'état émotionnel. Chez le maniaque et le mélancolique, l'idée est secondaire et procède de l'état émotionnel ; ce serait l'inverse dans la folie systématisée.

Kahlbaum [4] (1878) frappé des différences d'intensité qui distinguent les délires systématisés secondaires des primitifs, propose, pour ne pas les confondre, de conserver aux primitifs le nom de *Paranoia* et de donner aux autres le vieux nom de *Verrücktheit*.

Schuele [5], en 1878, décrit la *Verrücktheit* parmi les formes dégénératives, et place la *Wahnsinn* parmi les psychonévroses, entre la manie et la mélancolie d'un côté et la démence de l'autre. Nous aurons l'occasion de revenir plus en détail sur les idées que cet auteur à émises à ce propos dans la dernière édition de son traité.

Emminghaus [6] (1878) partage ces idées.

Nous signalerons encore cette même année un travail de Feaux [7] sur la folie systématisée hallucinatoire, correspondant à la forme aiguë de Westphal.

Merklin [8] (1879) et Schaefer [9] adoptent la classification de

[1] Murh. — *Anatomische Befünde bei einem Falle von Verrücktheit* (*Arch. f. Psych.*, 1876. B. VI, p. 733.)

[2] Leidesdorf. — *Casuistiche Beiträge zur Frage der primären Verrücktheit. In psych. Studien.* Wien, 1877.

[3] Fristh. — *Psych. Centralb.*, 1878. — Voir aussi : Fristh. — *Zur Frage der Primären Verrücktheit* (*Jahrb. f. psych.*, 1879.)

[4] Kahlbaum. — *Sammlung klinischer Vortrage*, n° 126. Leipsick, 1878.

[5] Schüele. — *Handbuch der Geisterstörung*, 1878.

[6] Emminghaus. — *Allgem. Psychopath.*, 1878.

[7] Feaux. — *Ueber die hallucinat. Wahnsinn*, inaug. diss. Marburg, 1878.

[8] Merklin. — *Studien ueber die Primäre Verrücktheit, diss. inaug.* Dorpat, 1879.

[9] Schaefer. — *Ueber die Formen der Wahnsinn*, etc., (*Allg. Zeits. f. Psych.* B. XXXVII, p. 55.)

Westphal et décrivent en plus une forme hystérique analogue dans sa marche à l'hypochondriaque, mais sans les rémissions typiques de cette dernière ; le délire a généralement dans ces cas une couleur érotique.

Krafft-Ebing[1] dès la première édition de son Lehrbuch (1879), puis dans la seconde donne une description de la *Paranoia*. Il place la *forme primitive* parmi les dégénérescences mentales : pour lui, c'est une forme morbide qui ne peut se développer que dans uu cerveau touché le plus souvent héréditairement ; le fond sur lequel elle repose est constitué par des idées délirantes dont l'origine primitive est bien démontrée par l'absence de tout fond émotionnel ou d'un processus de réflexion ayant pu donner lieu aux idées délirantes; la maladie a un caractère stable, profondément constitutionnel. Elle ne conduit pas à la démence, mais laisse le plus souvent intact l'appareil logique de la pensée. Krafft-Ebing étudie la constitution psychique de ces malades et montre qu'en somme le délire qui éclate plus tard n'est que l'exagération de leur caractère, si bien que souvent le développement graduel empêche d'assigner au début une date précise. Le symptôme dominant dans cette maladie est le subjectivisme morbide déjà signalé par Sander et l'exagération du sentiment de la personnalité. Krafft-Ebing distingue deux sortes de *Paranoia*, primitive : l'une avec délire des persécutions, qu'il décrit complètement avec ses trois périodes hypochondriaque, de persécution, de grandeur ; avec sa sous-variété, la folie de la chicane, où ce n'est plus la vie du malade, mais ses intérêts qui sont en jeu, et dans laquelle il réagit d'une façon continue devenant persécuteur au lieu de persécuté. C'est là que les tares dégénératives sont des plus évidentes, La seconde forme, le délire des grandeurs, est étudié aussi dans ses variétés religieuse et érotique (érotomanie). — Les causes occasionnelles sont le plus souvent la puberté, la ménopause, les affections utérines et intestinales, les maladies fébriles, l'onanisme. A ce propos même, l'auteur étudiant la fusion de la paranoia avec l'hypochondrie, décrit, comme sous-variété de la *Paranoia* hypochondriaque avec délire de persécution (forme secondaire). la *Paranoia* des masturbateurs, se développant toujours sur un fond neurasthénique et dans

[1] Krafft-Ebing. — *Lehrbuch der Psych...* Stuttgart, 1879. B. II. Voir aussi : *Lehrbuch der grichtliche psycho-Pathologie*. Stuttgart, 1881.

laquelle on observe souvent des idées de persécution par l'électro-magnétisme, des hallucinations olfactives[1]. Quant aux délires systématisés que l'on rencontre parfois chez les hystériques, les épileptiques, et surtout les alcooliques, ce ne sont pas des formes caractéristiques spéciales, mais elles doivent être rapportées à la névrose primitive ou à l'intoxication. En particulier, Krafft-Ebing range parmi les folies alcooliques, le délire de persécution des buveurs aliénés décrit par Calmeil et Thomeuf[2], et par Nasse[3]. — Les *idées fixes*, sont séparées de la *Paranoïa* primitive, tout en étant classées à côté d'elle dans les dégénérescences mentales. Quant à la *Paranoia secondaire*, l'auteur la regarde simplement comme une des terminaisons possibles des psychoneuroses[4], et comme un état secondaire d'affaiblissement psychique ; d'où la nature pâle, monotone, invariable du délire, différant en cela de celui des formes primitives ; les folies secondaires seraient surtout l'issue d'états mélancoliques plutôt que d'états maniaques.

Krafft-Ebing *nie complètement l'existence de la forme aiguë*, et réunit sous le nom de *Wahnsinn hallucinatoire* la Paranoia aiguë primitive de Westphal[5], la forme aiguë hallucinatoire de délire sensoriel de Meynert[6], la manie hallucinatoire de Mendel[7], la *delusional stupor* de Newington, la démence générale aiguë et subaiguë de Tilling[8]. Dans ces formes psychoneurotiques, il n'y aurait jamais, d'après lui, une systématisation nette du délire qui ne serait pas aussi stable, et ne s'accompagnerait pas des altérations durables de la personnalité, qui sont la règle dans la *Paranoia* primitive[9].

[1] Voir aussi : Krafft-Ebing. — *Ueber primäre Verrücktheit auf masturbatorischer Grundlage bei Männern. Irrenfreund XX.*

[2] Calmeil et Thomeuf. — *Gazette des hôpitaux*, 1856.

[3] Nasse. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.* B. XXXIV, p. 167, 1878.

[4] Nous avons vu plus haut que, parmi ces formes, se range aussi la *Paranoia* hypocondriaque que Krafft-Ebing regarde comme une des terminaisons possibles des formes graves de l'hypochondrie, l'autre étant la démence.

[5] Westphal. — *Loc. cit.*

[6] Meynert. — *Acute Formen des Wahnsinns. — Jahrb. f. Psych.* B. II 1881.

[7] Mendel. — *Die Manie*, 1882, p. 55.

[8] Tilling. — *Psych. Centralb.*, 1878, nº 4 et 5.

[9] L'exposé sommaire de la classification de Krafft-Ebing rendra peut-

Koch[1] partage à ce sujet l'avis de Krafft-Ebing.

Scholz[2], la même année (1880), revient sur la distinction déjà faite par Samt, et distingue deux formes principales de la maladie, *eu égard à la pathogénie : 1° la forme originaire de Sander; 2° la forme hallucinatoire.* Voici le résumé de sa théorie[3] : On ne peut expliquer l'origine des délires systématisés sans tenir compte de la vie psychique inconsciente. Si, dans les conditions physiologiques, la sphère de l'inconscient est le fondement sur lequel s'organisent les processus psychiques élémentaires dont les résultats finaux entrent ensuite dans le domaine de la conscience, ainsi dans les maladies qui nous occupent, les représentations mentales doivent être le résultat définitif des activités inconscientes du cerveau, avec cette différence cependant que ces activités dérivent d'anomalies moléculaires des cellules nerveuses. Le mécanisme psychique est alors guidé par de fausses prémisses et si l'appareil logique fonctionne régulièrement, c'est que sans doute il n'y a pas de modifications anatomiques profondes. Dans la forme aiguë, au contraire, l'inconscient n'a rien à voir; la genèse de la mala-

être plus claires les considérations qui précèdent. Voici les grandes lignes de cette classification.

A. *Maladies psychiques du cerveau bien développé.*

- I. Psycho-neuroses.
  - 1. Etats primitifs curables.
    - *a*). Mélancolie.
    - *b*). Manie.
  - 2. Etats secondaires incurables.
    - *a*). *Paranoia secondaire.*
    - *b*). Démence.
- II. Dégénérescences psychiques.
  - *a*). Folie raisonnante.
  - *b*). Folie morale.
  - *c*) *Paranoia primitive.*
  - *d*). Idées fixes.
  - *e*). Folies névrosiques.
    - Epilepsie.
    - Hystérie.
    - Hypochondrie.
- III. Maladies cérébrales avec troubles psychiques prédominants.
  - *a*). Démence paralytique.
  - *b*). Syphilis cérébrale.
  - *c*). Alcoolisme chronique.
  - *d*). Démence sénile.
  - *e*). Délire aigu.

B. *Arrêts de développement de l'intelligence.*

Idiotie. — Crétinisme.

[1] Koch. — *Irrenfreund*, 1880, n° 8 et *Beitrage zur Lehre von der primäre Verrücktheit* (*Allg. Zeitsch. f. Psych.* B. XXXVI, p. 543.

[2] Scholz. — *Ueber primäre Verrücktheit* (*Berliner Klinisch. Wochenschrift*, 1880.)

[3] Voir Buccola. — *Riv. sper. di fren.*, 1882, p. 80.

die est due aux perceptions morbides qui, pour Scholz, ne se développent pas dans les centres corticaux, mais dans les appareils périphériques ou les voies conductrices. Mais il faut toujours un cerveau disposé pathologiquement à transformer en fausses perceptions l'excitation première. Aussi le délire hallucinatoire se développe-t-il le plus souvent dans la convalescence des affections fébriles. A la suite des hallucinations, apparaît alors le délire.

Meynert[1] (1881) décrit également la forme aiguë (hallucinatoire) des délires systématisés (*Wahnsinn*).

Max Buch[2] (1881) rapporte un cas de folie systématisée aiguë primitive survenue chez un homme, épileptique dès l'enfance, présentant des antécédents héréditaires.

Le travail de Kandinski[3] et le livre de Weiss[4] (1881), ne nous apprennent rien de nouveau sur le sujet qui nous occupe.

Pelman[5] (1882) nie l'existence de la forme secondaire et partage les idées de Koch, de Krafft-Ebing, etc., à ce sujet.

Gnauck[6] (1882) décrit une forme de *Paranoia* épileptique qu'il sépare de l'épilepsie en méconnaissant son caractère pathogénique.

Moeli[7] (1882) décrit des cas de folie systématisée, développés à la suite de maladies fébriles, de l'état puerpéral, d'abus alcooliques.

Jung[8] (1882) donne le diagnostic différentiel des délires systématisés et des formes affectives primitives (manie et mé-

[1] Meynert. — *Die acuten* (hallucinatorischen) *Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf* (*Jarh. f. psych.* B. II, 1881.)

[2] Max Buch. — *Ein Fall von acuter primärer Verrucktheit.* (*Arch. f. psych.* 1881. B. XI, p. 465.) De plus, ce cas était caractérisé par des idées de persécution, du dédoublement de la personnalité, des hallucinations de la vue et de l'ouïe surtout du côté gauche atteint d'une otite moyenne avec perforation du tympan datant de l'enfance. L'auteur rend cette otite responsable de tout, ayant observé une amélioration à la suite d'un traitement local.

[3] Kandinski. — *Arch. f. Psych.* B. XI, 1881.

[4] Weiss. — *Compend. der Psych.* Vienne, 1881. — *Cap. IV : Die Verrucktheit.*

[5] Pelman — *Allg. Zeitsch. f. Psych.* Bd. XXXVII, p. 58 du Supplément, 1882.

[6] Gnauck. — *Arch. f. Psych.* B. XII, 1882, p. 337.

[7] Mœli. — *Falle von Verrucktheit*, in *Charite's Annalen*, VII, 1882.

[8] Jung. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.* B. XXXVIII, p. 361, 1882.

lancolie), rééditant à ce sujet les idées de Fristh. (Voy. p. 6.) Il signale l'augmentation, dans ces dernières années, des cas de *Paranoia*, et cette transformation des formes de la folie serait due pour lui à la dégénérescence somatique et psychique de l'humanité, gagnant du terrain de jour en jour.

Rauch[1] (1883) n'émet sur le sujet aucune idée originale.

Tuczek[2], étudiant l'hypochondrie, dit que ce n'est pas une maladie autonome, mais un symptôme de mélancolie ou de folie systématique. Il se sépare de Krafft-Ebing, en ce que pour lui la mélancolie dite hypochondriaque ne se transforme pas en folie systématique et la folie systématique hypochondriaque n'aboutit pas à la démence.

Sakaki[3] (1883) décrit l'examen microscopique du cerveau d'un fou systématique chronique halluciné.

Krœpelin[4] (1883) distingue : 1° la *Primäre Verrücktheit* sans état de débilité mental et comprenant le délire des persécutions, le délire des grandeurs, les délires erotique et religieux; puis, 2° la *Secundäre Verrücktheit* entée sur un fonds de dégénérescence et survenant plutôt après les états de dépression qu'après les états maniaques. Il fait ressortir comme Koch, Pelman, Krafft-Ebing, le caractère pâle et décoloré de la forme secondaire ; il n'admet pas l'existence des formes aiguës, tout en décrivant des cas à marche aiguë, guérissant en quelques semaines ou quelques mois. Il décrit complètement le délire des processifs et le regarde comme une manifestation de la folie morale, à cause du manque des hallucinations qui sont ordinaires dans les délires systématisés, et à cause aussi de l'absence de notions du droit objectif et de l'identification des intérêts personnels avec le bien général.

[1] Rauch. — *Die primord. Verruck*, Leipsick, 1883.

[2] Tuczek. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, B. XXXIX, 1883. Congrès annuel de la Société des médecins aliénistes allemands. Session d'Eisenach, 1882.

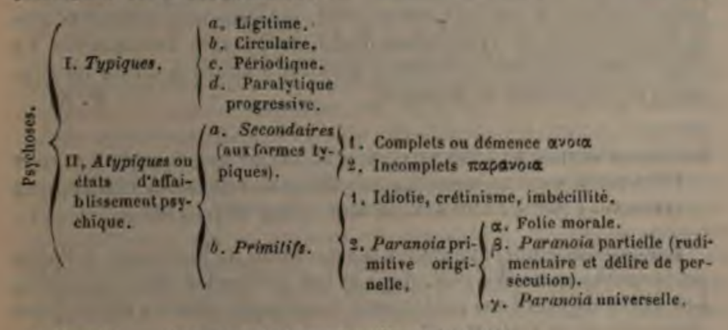
[3] Sakaki. — *Gehirn in chronischen Verrüctktheit* (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, B. XL, 1883). L'auteur a trouvé dans ce cas une altération des espaces péricellulaires de l'écorce surtout à la superficie des circonvolutions et la présence d'une substance floconneuse jaunâtre, analogue à celle déjà décrite par Mendel chez les paralytiques généraux : le siège prédominant de ces lésions était la pointe du lobule temporo-sphénoïdal, l'insula, les circonvolutions ascendantes.

[4] Krœpelin. — *Compend. der Psych.* Leipsik, 1883.

Arndt[1] range la *Paranoia* parmi les psychoses atypiques ou états d'affaiblissement psychique et il en reconnait deux formes : 1° l'une, *secondaire*, classée parmi les psychoses atypiques secondaires; 2° l'autre, *primitive*, classée parmi les psychoses atypiques primitives à côté de l'idiotie, de l'imbécillité, du crétinisme. Cette dernière forme (*Paranoia primitive originelle*), comprend α la folie morale, β la *paranoia partielle* (rudimentaire ou idées fixes qu'il décrit le premier et délire des persécutions), γ la *Paranoia universelle* qui n'est que la généralisation de la précédente.

Mendel[2] (1883) donne une classification complète de la *Paranoia*, terme qu'il adopte définitivement. Il insiste surtout sur la *Paranoia primitive* qu'il divise *en simple et en hallucinatoire chacune pouvant être aiguë ou chronique*. La forme aiguë *de la Paranoia primitive simple* débute généralement sans prodrômes et se caractérise par un délire de persécutions vagues sans persécuteurs. Ces malades n'ont pas d'hallucinations, ils peuvent guérir ou passer à l'état chronique. La *forme chronique* peut se diviser en trois périodes. Le début de la première est difficile à préciser, et remonte souvent jusqu'à la jeunesse: elle se caractérise surtout par des tendances hypochondriaques. Puis, dans la seconde période apparait un délire de persécutions à développement lent qui s'accompagne par la suite d'un délire de grandeurs; c'est surtout ce délire qui caractérise la troisième période, laquelle peut aboutir à la démence. Comme variétés de cette forme, Mendel décrit la *Paranoia* originaire *toujours*

[1] Arndt. — *Lehrbuch der Psychiatrie*, etc. Vienne, 1883. Voici les traits principaux de sa classification :


Psychoses.
I. *Typiques*.
a. Ligitime.
b. Circulaire.
c. Périodique.
d. Paralytique progressive.
II. *Atypiques* ou états d'affaiblissement psychique.
a. *Secondaires* (aux formes typiques).
1. Complets ou démence ανοια
2. Incomplets παράνοια
b. *Primitifs*.
1. Idiotie, crétinisme, imbécillité.
2. *Paranoia* primitive originelle.
α. Folie morale.
β. *Paranoia* partielle (rudimentaire et délire de persécution).
γ. *Paranoia* universelle.

[2] Mendel. — *Eulenburg's Encyclopedie*, nov. 1883.

héréditaire et dégénérative et le délire de la chicane, forme atténuée du délire de persécution, et dans lequel le fond dégénératif est très contestable. (*A suivre.*)

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

I. SUR LES PARTIES CONSTITUANTES DES CORDONS POSTÉRIEURS DE LA MOELLE, ÉTUDE BASÉE SUR L'EXAMEN DE LEUR DÉVELOPPEMENT; par W. BECHTEREW. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Examen, à l'aide de la méthode de Weigert, de moelles d'embryons de cinq, six, sept, huit mois; étude du développement des fibres d'après l'évolution de la myéline. Le revêtement myélinique des fibres a, dans les cordons postérieurs, à peu près terminé son évolution pendant le huitième mois de la vie intra-utérine, il s'effectue dans l'ensemble des segments de ce système, non en même temps, mais par étapes successives, par séries de faisceaux de diverses sortes. On constate que la myéline apparaît d'abord dans la partie antéro-externe des faisceaux de Burdach, qui limite la corne postérieure et constitue une émanation des fibres radiculaires (portion radiculaire). Elle se montre ensuite dans la portion postéro-périphérique des faisceaux de Burdach. Enfin, les faisceaux de Goll s'en trouvent pourvus. L'embryogénie des faisceaux de Burdach est en concordance parfaite avec l'anatomie pathologique du tabes; chacune de leurs parties peut être isolément malade; il est, par conséquent, extrêmement probable que la variété dans la symptomatologie de l'ataxie locomotrice au début tient à ce que la lésion se localise d'abord à tel ou tel segment des faisceaux de Burdach. P. K.

II. CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DU TRAJET DES FIBRES DU CORDON POSTÉRIEUR DANS LA MOELLE ALLONGÉE ET LE PÉDONCULE CÉRÉBELLEUX INFÉRIEUR; par L. EDINGER. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Recherches embryogéniques sur des fœtus de huit mois, à l'aide de la méthode de Weigert, dans le but d'élucider cette question. Les fibres des cordons postérieurs traversent-elles les olives pour gagner le corps restiforme?

A la hauteur de l'entrecroisement des pyramides, vers l'extrémité supérieure de cet entrecroisement, les faisceaux de Burdach donnent des fibres qui, en s'arquant légèrement, traversent la substance grise, s'entrecroisent en avant du canal cervical et se placent en dehors des faisceaux pyramidaux, entre eux et la corne antérieure rompue, ou mieux entre eux et l'olive appliquée sur la face antérieure de la corne antérieure. Leur entrecroisement s'appelle entrecroisement supérieur des pyramides, entrecroisement du ruban de Reil. Cette partie supérieure de l'entrecroisement des pyramides, qui émane des cordons postérieurs est, embryogéniquement, pourvue de myéline avant les pyramides proprement dites. L'entrecroisement du ruban de Reil monte et se continue jusqu'à ce que tous les fibres des cordons postérieurs soient parvenus à la couche intermédiaire des olives. Plus haut, au point où la moelle allongée s'est enrichie du système des olives et d'un nombre croissant de fibres réticulaires, les faisceaux des cordons postérieurs tracent à travers la substance grise, sous le nom de *fibres arciformes*, des cercles allongés pour gagner la *couche olivaire du côté opposé*; beaucoup d'entre eux *traversent l'olive du même côté*, mais sans entrer en rapport avec elle ni avec la substance réticulaire : dans les olives et autour d'elles, on ne voit encore aucune fibre à myéline. Chez les fœtus plus âgés, les olives possèdent des fibres qui leur appartiennent, d'où l'erreur que les fibres des cordons postérieurs viennent se rendre aux olives mêmes. La vérité est qu'il *ne demeure dans les olives aucune fibre du cordon postérieur; toutes les fibres de ce dernier se rendent dans la couche intermédiaire des olives*; à mesure que cette couche augmente suprà, le taux des fibres des noyaux des cordons postérieurs diminue; *il en est peu* parmi elles *qui passent directement dans le corps restiforme*... etc... »

En résumé, la moelle épinière fournit à la couche intermédiaire des olives ou ruban de Reil du côté opposé des fibres issues du cordon postérieur (exclusivement du faisceau de Burdach?) une petite partie des fibres du cordon postérieur (exclusivement empruntées au faisceau de Goll?) arrive sous le nom de fibres arciformes, dans le corps restiforme. Aux septième ou huitième mois intra-utérin, le corps restiforme n'a, en fait de myéline, que l'appoint que lui donnent le cordon postérieur, le nerf auditif, le nerf trijumeau. Toutes ces fibres gagnent le vermis où elles participent, pour une grande part, à la grande commissure d'entrecroisement. — Le corps restiforme renferme trois portions différentes : 1° des fibres appartenant à la moelle; 2° des fibres émanées de racines nerveuses, du moins de celles de l'acoustique et du trijumeau. (Ces deux sortes de faisceaux gagnent le vermis); 3° des fibres issues des olives qui peuvent être suivies dans la coque du corps rhomboïdal. Le pédoncule cérébelleux inférieur se décompose en : 1° partie du vermis; elle contient : *a*, les cordons latéraux qui se rendent au cervelet; *b*, des fibres émanées du cordon postérieur du même côté, et peut-être de celui du côté opposé; *c*, des fibres appartenant aux racines nerveuses signalées; 2° partie des hémisphères cérébelleux; elle ren-

ferme des fibres issues des olives et peut-être encore d'autres systèmes. P. K.

III. Sur les connexions des cordons postérieurs avec l'encéphale par P. Flechsig. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

L'auteur fournit quelques explications et rectifications sur son schéma de l'encéphale humain (*Plan des menschlichen Gehirns*) mentionne les recherches effectuées ou en voie d'exécution de Bechterew[1], Darkschewitsch[2], Edinger[3], et les critique à la lumière de ses opinions personnelles. Le dessin de son plan vaut mieux, dit-il, que la légende du texte; il montre que les fibres des cordons postérieurs qui passent dans le bulbe entrent toutes en relation avec les noyaux des faisceaux grêles (de Goll) et cunéiformes de Burdach). De ces noyaux émanent une série de tractus ascendants : 1° le noyau des faisceaux cunéiformes (Burdach) fournit des fibres qui appartiennent à la grosse olive et des fibres qui vont plus haut qu'elle après l'avoir traversée, et se terminent dans le ruban de Reil; 2° le noyau des faisceaux grêles (Goll) donne un trousseau qui côtoie l'entrecroisement inférieur des pyramides, et gagne l'enceinte postérieure des pyramides, le ruban de Reil; il envoie dès son origine un tractus qui s'annexe aux fibres émanées du cordon cunéiforme pour gagner, en traversant la grosse olive, le ruban de Reil. Les grosses olives ne sont directement unies ni aux cordons postérieurs, ni au ruban de Reil; un tractus de fibres assez fourni les rattache au cerveau, mais il ne se trouve pas, dans le bulbe, en dedans des grosses olives; dans la couche intermédiaire des olives, il est contigu aux olives en dehors et en arrière. L'espace situé entre les grosses olives contient, sans compter le segment qui relève de la formation réticulaire, exclusivement des fibres qui proviennent de l'entrecroissement supérieur des pyramides ou des noyaux des faisceaux grêles et cunéiformes. Les cordons postérieurs poussent donc principalement leurs rameaux vers la couche intermédiaire des olives et dans le ruban de Reil qu'il ne faut pas confondre avec le ruban de Reil inférieur. Ce qu'on nomme entrecroisement supérieur des pyramides mérite bien le nom d'entrecroisement du ruban de Reil (Wernicke); mais il faut remarquer qu'il contient, avec des fibres du ruban de Reil, nombre de parties constitutives d'un autre genre (formation réticulaire). Les grosses olives représentent des relais intercalés non entre la moelle (cordons postérieurs) et le cervelet (opinion de

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XIII, p. 76 et 77 et t. XII, p. 102-110.
[2] *Id.*
[3] *Id.*

Meynert), mais entre le cervelet et le cerveau; elles n'ont rien à voir avec la moelle épinière. P. K.

IV. Communication provisoire sur quelques résultats obtenus par la méthode des atrophies, principalement en ce qui concerne la commissure postérieure; par E.-C. Spitzka. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Voici un chat de trois jours. On lui lèse la couche optique et probablement aussi les parties contiguës du pédoncule cérébral d'un côté. Trois mois après, on le tue, et l'on se met en devoir d'examiner son cerveau et sa moelle. On voit à l'œil nu : 1° une atrophie de la moitié correspondante du crâne ; 2° l'hémisphère cérébral gauche est transformé en un sac vide à parois minces, recoquillé sur lui-même ; seuls, le nerf olfactif, réduit des deux tiers, et le lobe olfactif, diminué de moitié, présentent une structure histologique normale ; 3° impossible de retrouver la bandelette optique et l'oculo-moteur commun du même côté ; 4° le tubercule quadrijumeau antérieur gauche a diminué de plus de moitié ; il est considérablement aplati ; 5° la pyramide gauche manque tout à fait ; 6° la protubérance paraît un peu réduite des deux côtés ; 7° l'hémisphère cérébelleux droit est un peu plus petit que celui de gauche ; 8° la couche optique est absente. Pour tirer parti de ce cas complexe dans lequel, comme le montre mieux encore l'étude microscopique, tant de tractus ont dégénéré, il faut le comparer aux cas purs, typiques, bien démonstratifs, à lésions parfaitement limitées de Meyer, Monakow, Gudden. Cette analyse ne se plie pas à un compte rendu. (Voir le mémoire.)
P. K.

V. Communication provisoire sur l'origine du nerf auditif ; par A. Forel. Nouvelle communication sur l'origine du nerf auditif ; par A. Forel et B. Onufrowicz. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

D'après les expériences pratiquées par ces auteurs (destruction du nerf acoustique chez le lapin nouveau-né), le noyau interne de l'acoustique de Clarke et Meynert (noyau principal de Schwalbe), le noyau externe de l'acoustique ou noyau à grandes cellules de Deiters (Laura et Monakow), les fibres arciformes du bulbe, le pédoncule cérébelleux supérieur, le faisceau longitudinal postérieur, les fibres radiculaires de l'acoustique entrecroisées dans le raphé (Meynert), les connexions de l'acoustique avec le faisceau longitudinal postérieur (Meynert) et avec le pédoncule cérébelleux supérieur (Mendel) n'ont rien à voir avec l'acoustique. En revanche, les cellules ganglionnaires disséminées ou groupées au sein des couches profondes des fibres immédiatement adjacentes

à la racine postérieure du nerf, et le noyau antérieur de l'acoustique de Meynert (noyau latéral de la racine antérieure de Krause, acoustique latéral et inférieur de Henle, segment inférieur et supérieur du noyau antérieur d'Huguenin, noyau accessoire de l'acoustique de Schwalbe) constituent les centres du nerf auditif; le noyau antérieur en représente un ganglion spinal.

P. K.

VI. Recherches expérimentales et anatomo-pathologiques sur les rapports qui rattachent la sphère visuelle (de Munk) aux centres optiques infra-corticaux et au nerf optique; par Monakow. (*Arch. f. Psych.*, XVI, 1.)

II. *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale humain.* — Observation du mémoire cité *suprà* (*Arch. f. Psych.*, XIV, 3)[1]. *Porencéphalie-bilatérale symétrique des deux lobes occipitaux chez un fœtus de huit mois : atrophie totale des deux nerfs optiques.* Lacunes étendues des deux lobes pariéto-occipitaux; dégénérescence des deux systèmes de faisceaux optiques y compris les deux nerfs. Par conséquent, les destructions pathologiques des sphères visuelles peuvent entraîner chez l'homme un processus descendant vers les centres optiques primaires (identité d'allures avec les atrophies expérimentales) ; chez lui, le système des fibres de projection de l'écorce du lobe occipital aux centres optiques infracorticaux a beaucoup de ressemblance avec celui du lapin et du chat ; les fibres des centres optiques primaires ne rayonnent que dans l'écorce ; le corps genouillé interne est en rapport non avec le lobe occipital, mais avec le lobe temporal; les faisceaux de la couronne rayonnante, s'abouchent aux masses génératrices de la bandelette optique non directement, mais en partie par l'intermédiaire de la portion latérale du pédoncule cérébral ; le noyau latéral de la couche optique est en connexion avec l'avant-coin et la pariétale ascendante (?) — Observation du mémoire actuel. *Encéphalomalacie des deux lobes occipitaux avec lacune dans la première circonvolution temporale gauche.* Détails cliniques, anatomo-pathologiques, microscopiques (thrombose). Un vieux monsieur de soixante-dix ans, présente pendant seize mois de la cécité psychique et de la surdité verbale, il ne peut plus que s'orienter dans l'espace et éviter les obstacles, il a perdu la conscience des images rétiniennes, ne reconnaît ni ses parents, ni les aliments, ne saisit plus le sens de ce qu'on lui dit, mais distingue les questions et les injonctions d'après le ton de la parole ; il goûte encore la musique. — *Autopsie.* Des deux

[1] Voy *Archives de Neurologie*, t. IX, p. 256, et XI, p. 237.

côtés, les circonvolutions occipitales sont anéanties ou séparées de leurs attaches périphériques; de plus, à gauche, dégénérescence et destruction des deux temporales supérieures; à droite, en outre, atrophie dégénérative du pulvinar, du corps genouillé externe, de la couche optique, du tubercule quadrijumeau antérieur (dégénérescence secondaire, comme en témoignent la perméabilité des vaisseaux, et l'existence de cellules granuleuses sur le trajet des faisceaux de Gratiolet depuis la perte de substance). En un mot, phénomènes tout-à-fait analogues à ceux que l'on obtient par l'expérimentation chez les animaux. On constate encore une dégénérescence de la racine ascendante droite de la voûte à trois piliers, du ruban de Reil descendant, de la bandelette optique droite, du chiasma, des deux nerfs optiques. On peut donc suivre le trajet des fibres optiques depuis la rétine jusqu'à l'écorce et *vice versâ*. Planches à l'appui.

Conclusion générale. — L'écorce du lobe occipital est étroitement unie aux centres optiques primaires, c'est-à-dire au pulvinar, au corps genouillé externe, au tubercule bijumeau antérieur, et, par l'intermédiaire de ce dernier, au nerf optique; le corps de Luys n'a rien à voir avec le nerf optique. P. K.

VII. Sur une connexion jusqu'alors inconnue des grosses olives avec le cerveau; par W. Bechterew. — Addition a la communication précédente; par P. Flechsig. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

L'examen de l'encéphale d'un nouveau-né d'un mois révèle sur toute la hauteur de la protubérance et des pédoncules cérébraux, dans la région de la calotte, un cordon volumineux, bien limité, nettement tranché, de fibres à myéline qu'on ne connaît ou qu'on n'a décrit que par bribes sans en faire connaître l'importance. Bechterew propose pour lui le nom de *voie centrale de la calotte*. Il apparaît au-dessus et en arrière des grosses olives, augmente rapidement en épaisseur à mesure qu'il monte, se trouve successivement placé entre l'olive supérieure et la partie médiane du ruban de Reil, au milieu de la formation réticulaire, et finit par s'appliquer, à la hauteur du tubercule quadrijumeau supérieur, sur la substance grise de la cavité encéphalo-médullaire, immédiatement en dehors du faisceau longitudinal postérieur. Il occuperait donc de bas en haut le plan antérieur et inférieur, le plan supérieur et postérieur de la calotte, serait embrassé par le pédoncule cérébelleux supérieur (entrelacement) et finirait à la face dorsale du noyau rouge dont il aiderait à former la capsule blanche. Il faut éviter de confondre ce *cordon central de la calotte* avec un petit faisceau visible dans les segments inférieurs de la protubérance, sis au-dessus mais contre lui; ce faisceau, pourvu de myéline bien plus tôt que le cordon en question, semble, chez le nouveau-né d'un mois,

se confondre avec notre cordon ; chez le fœtus de sept mois, il se sépare très nettement des autres parties de la formation réticulaire, par conséquent du cordon central; et se compose de fibres issues de la substance grise latérale du quatrième ventricule s'arquant à la hauteur du trijumeau dans la formation réticulaire, gagnant la grosse olive du même côté, la traversant de dehors en dedans et d'arrière en avant pour disparaître dans la couche intermédiaire des olives. Les trousseaux de fibres, envoyés par la commissure postérieure au faisceau longitudinal postérieur, s'enchevêtrent avec une partie du cordon central, mais on reconnaît chez les fœtus de sept mois que les premiers sont munis de forts manchons de myéline tandis que le cordon central est encore amyélinique. Le cordon central gagne le cerveau en s'infléchissant en bas et en avant entre le plancher du troisième ventricule et le noyau rouge, à peu de distance du plancher. Il s'agit de chercher exactement son point d'arrivée. Ce qui est certain, c'est qu'il se rattache aux grosses olives, sans venir de la moelle. Flechsig ajoute qu'une série de coupes portant sur le plan médian montrent que le cervelet, les grosses olives, le noyau lenticulaire forment un appareil continu; dans les cas de pertes de substance congénitales et totales du cervelet, les grosses olives font presque complètement défaut, le cordon central de la calotte manque absolument, les noyaux lenticulaires sont atrophiés. P. K.

VIII. L'innervation collatérale de la peau; par R. Jacobi. (*Arch. f. Psych.* XV. 1-2.)

Intéressante, mais longue revue critique dont l'auteur déduit que les nerfs périphériques ne jouissent pas de la fonction vicariante. Tout muscle séparé de son conducteur nerveux ne continue à être animé que par régénération, répartition spéciale (particularités anatomiques) des filets de la région, ou en vertu d'anastomoses. Les nerfs sensitifs n'ont pas davantage la propriété de se remplacer; il se produit, dans l'espèce, une innervation collatérale, comparable à la circulation collatérale, à l'endroit même où les racines postérieures de la moelle forment les nerfs sensitifs; les cellules multipolaires des ganglions intervertébraux sont chargées des communications providentielles. Il se forme aussi des fibres collatérales assurant la sensibilité quand viennent à manquer les plexus ou les troncs proprement dits; ces fibres collatérales constituent à leur origine des éléments divergents qui se réunissent au voisinage de la périphérie et qui, après division multiple de leurs extrémités terminales, se conglomèrent en un seul et même poste ou en plusieurs postes en connexion les uns avec les autres. L'auteur insiste pour qu'on recueille des faits démontrant cette manière de voir théorique. P. Keraval.

IX. Recherches expérimentales sur l'aperception des représentations simples et composées selon la méthode de complication ; par le docteur W. Tchige (travail du laboratoire de M. le professeur Wundt.) (*Westnick de psychiotrie*, etc., de M. le professeur Mierzejewsky, 1885, t. I.)

L'intérêt de ces recherches réside dans l'application de la méthode dite méthode de complication (professeur Wundt. — *Philosophische studien*, t. I, p. 34). M. Wundt la considère comme une des formes de la méthode de comparaison qui doit servir à mesurer la durée des processus psychiques connus depuis Herbart sous le nom de représentations complexes ou d'associations de différentes représentations sensorielles.

D'après cette méthode, on mesure certains actes psychiques à l'aide d'une série de représentations, qui se succèdent dans un ordre déterminé. L'auteur a choisi pour ses expériences la série des représentations visuelles.

Si l'on fait naître une représentation simple ou composée simultanément avec un des éléments, de la série (visuelle), le problème se réduit à mesurer avec quel autre élément cette représentation est aperçue simultanément ; — donc à mesurer la différence de temps écoulé entre le moment d'excitation et le moment d'aperception de cette excitation. Le moment d'excitation est déterminé par l'élément de la série avec lequel on a fait naître simultanément la représentation momentanée, et le moment d'aperception par l'élément de cette série avec lequel elle a été simultanément aperçue.

On arrive en faisant varier la vitesse avec laquelle les représentations de la série se succèdent, à déterminer son influence sur la durée des actes psychiques.

L'auteur a fait un grand nombre (17,500) d'expériences sur lui-même à l'aide d'un appareil enregistreur appelé par le professeur Wundt, appareil à pendule, dont on trouvera la description détaillée dans Grundzug de physiologie-psychologie, t. II, p. 272-274.

Voici les conclusions auxquelles est amené l'auteur : *A*. Une représentation simple, telle qu'auditive, tactile, etc., est toujours aperçue *avant* la représentation visuelle de la série avec laquelle on l'a fait simultanément naître. La différence de temps est donc *négative*, comme l'appelle le professeur Wundt. Elle dépend de la vitesse avec laquelle les représentations se

succèdent, est en raison inverse de la vitesse. Pour une vitesse de 5 mètres la différence dans la durée est de 0,0648 (secondes), pour une vitesse de 10 mètres elle est de 0,0203.

B. L'étude de l'aperception des représentations composées ou association de représentations auditives, tactiles et électro-cutanées donne les résultats suivants :

Plus il y a d'éléments dans une représentation composée, plus est tardif le moment de son aperception, contrairement à ce qui a lieu pour les représentations simples. L'auteur explique cette différence par le temps nécessaire à la transformation des représentations simples en représentations composées. Et pour arriver à cette transformation le second élément de la série met plus de temps que le troisième et ce dernier plus que le quatrième.

En outre, il faut plus de temps à l'association de représentations différentes (audition, tactile, etc.) qu'à l'association de trois excitations de même nature, toutes les trois électro-cutanées par exemple.

L'excitation électro-cutanée et tactile se comporte comme les représentations de deux sens différents.

Avec cinq représentations différentes on s'approche de la limite de la conscience et les recherches deviennent impossibles.

N. Skwortzoff.

X. Sur la fonction des couches optiques chez les animaux et chez l'homme; par le professeur Bechtereff (de Kazan). (*Le Westnik, le Messager de psychiâtrie*, du professeur Mierzejewsky, 1885, t. II.)

L'auteur, appuyé sur un grand nombre d'expériences faites sur divers animaux (oiseaux, rats, chiens, etc.), ainsi que sur une analyse de certains faits cliniques, pense devoir affirmer que les couches optiques ont une fonction motrice, qu'elles servent de centre moteur aux mouvements coordonnés, dits expressifs, par lesquels les animaux expriment leurs sentiments agréables ou désagréables. Voici un résumé de ses expériences :

1. En enlevant les hémisphères sans toucher aux couches optiques, on prive l'animal de la faculté des mouvements spontanés et expressifs; mais ceux-ci peuvent encore être provoqués par des irritations extérieures agissant sur divers organes

des sens, et le réflexe se produit avec une constance qu'on n'observe pas chez le sujet parfaitement normal. — II. La destruction simultanée des hémisphères et des couches optiques prive l'animal non seulement de tous les mouvements spontanés et expressifs, mais ceux-ci ne peuvent plus être provoqués par une irritation modérée des organes des sens; ce ne sont que des irritations cutanées très douloureuses qui peuvent produire quelques effets, tels que des cris et de l'inquiétude. — III. Une irritation électrique directe des couches optiques (les hémisphères enlevés ou non indifféremment) a pour effet des mouvements dans diverses parties du corps, surtout dans les groupes de muscles servant à l'expression des sentiments. — IV. Enfin, les animaux dont on a détruit les couches optiques, mais sans enlever les hémisphères, peuvent se mouvoir librement, mais ils se trouvent privés de la faculté des mouvements expressifs survenant à la suite d'irritations modérées. — V. L'irritation directe des couches optiques produit parfois des mouvements choréiformes, ce qui peut servir à confirmer la théorie de la localisation de la chorée dans les couches optiques.

A la fin de son ouvrage, l'auteur rapporte plusieurs observations dans lesquelles les malades, à la suite de lésions des couches optiques, avaient perdu la faculté des expressions émotionnelles. Dr Hardine.

XI. Courte note concernant le renflement lombaire de la moelle; par E. C. Spitzka (*Neurol. Centralbl.*, 1885).

Les *phoques*, dont les extrémités postérieures atrophiées sont transformées en nageoires, présentent parallèlement un raccourcissement et une atrophie de leur moelle lombaire. L'extrémité du cône terminal ne dépasse pas chez eux le cartilage intermédiaire des sixième ou huitième vertèbres dorsales (Zalophus, Gillespieü); à l'endroit où le renflement lombaire offre son plus grand diamètre, c'est à peine si la surface de coupe est la moitié de celle de la moelle cervicale. On rencontre néanmoins dans la corne antéro-latérale les mêmes groupes de cellules que chez les carnassiers et chez l'homme, bien plus semblables, quant à leur répartition, à ceux de ces animaux qu'à ceux des genres congénères. La différence est cependant monumentale en ce qui concerne le volume et le nombre des éléments anatomiques, surtout au niveau de l'origine des

paires sacrées. Ainsi, tandis que chez le chat la colonne des cellules postéro-externes se compose de cellules polygonales bien définies, nettes jusque dans la plus petite portion du cône, chez le lion de mer (Zalophus) ce groupe se reconnaît à peine, il faut y regarder de près pour y voir de tout petits éléments nerveux pauvres en prolongements ; même état d'atrophie comparative à l'égard du groupe des cellules antérieures de la même corne. A la partie supérieure du renflement lombaire, on ne rencontre plus que quelques cellules du groupe antérieur collées contre le faisceau radiculaire le plus interne, et la partie postérieure du groupe externe. Les cordons latéraux envoient de puissants trousseaux de fibres aux cellules, ce qui doit tenir au développement remarquable des faisceaux pyramidaux, tandis que chez le verrat de mer, animal à sang chaud remarquable par le développement de son encéphale, il n'y a pas de pyramides. Le spécimen zoologique qui fut la source de cette note, avait succombé à une pneumonie ;à la suite d'une longue conservation des pièces dans la glycérine, il s'était formé dans les cellules nerveuses des vacuoles artificielles. P. K.

XII. Contribution a la question des conducteurs optiques dans le cerveau de l'homme; par A. Richter (*Arch. f. Psych.*, XVI, 3).

Au congrès des médecins aliénistes allemands du mois de septembre 1884 (Leipzig)[1], M. Richter disait que l'on rencontre, une diminution des cellules nerveuses ganglionnaires dans les deux couches optiques, les quatre tubercules quadrijumeaux, les quatre corps genouillés, non seulement quand les deux nerfs optiques sont atrophiés, mais quand un seul de ces organes a subi cette altération ; dans le cas d'atrophie bilatérale, la diminution des cellules est plus marquée. Les cellules de l'écorce du lobe occipital demeurent intactes. On ne peut, en supposant que l'atrophie du nerf optique concerne un adulte, suivre toujours à l'œil nu l'atrophie de l'organe en question au-delà des bandelettes optiques, qu'il s'agisse d'une atrophie du même côté ou du côté opposé, même après dix années de durée. Ces assertions sont complétées par l'étude d'un cerveau dans lequel le

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. X, 267.

nerf optique droit atrophié, sans autre lésion qu'un état trouble des méninges molles, présentait quantité de cellules granulo-graisseuses ; on les suivait jusque dans le chiasma, et, dans les deux bandelettes optiques, jusqu'au point où celles-ci se divisent en deux branches destinées aux corps genouillés interne et externe ; ces cellules dégénératives ne se retrouvaient ensuite que dans le corps genouillé externe droit. Intégrité des tubercules quadrijumeaux et des couches optiques. Si la malade en question eût vécu, il est probable que la dégénérescence se serait étendue aux tubercules quadrijumeaux supérieurs et inférieurs ainsi qu'aux couches optiques et consécutivement les éléments nerveux auraient diminué dans ces organes. Les fibres nerveuses qui partent de la face inférieure des pédoncules cérébraux pour se rendre aux bandelettes optiques ne contenaient pas de cellules granulo-graisseuses. En ce qui concerne les relations du lobe occipital avec les centres optiques infra-corticaux, au congrès de Leipzig, M. Richter réservait la question. Aujourd'hui une observation de paralytique général ayant deux ans et demi avant la mort, présenté une hémianopsie gauche homonyme, lui permet d'affirmer que la destruction d'un lobe occipital s'accompagne de dégénérescence des centres optiques infra-corticaux (macroscopique et microscopique), mais seulement dans le pulvinar, et dans la partie postérieure et postéro-interne de la couche optique. Quant à la sphère visuelle de Munck, la clinique et l'anatomie pathologique semblent indiquer qu'elle occupe la face latérale convexe de l'hémisphère, c'est-à-dire les trois circonvolutions occipitales proprement dites ; c'est sur la paroi externe du ventricule latéral que se dirigent les fibres qui vont se terminer dans cette zone.

P. K.

XIII. LA RÉACTION CHIMIQUE DE LA SUBSTANCE GRISE ; par O. LANGENDORFF (*Neurol. Centrabl.*, 1885).

Chez les lapins et les cochons d'Inde, vivants, mais endormis par l'éther ou l'hydrate de chloral, ou morts, la réaction de l'écorce est alcaline à la condition que le cerveau, dépouillé de ses méninges, demeure en communication avec l'individu, ou que l'extirpation et l'écrasement s'en fasse au moyen d'instruments glacés dans un milieu refroidi. Sinon, dès les quelques minutes qui suivent la résection, l'écorce devient cide, et d'autant plus rapidement que la température ambiante

est plus élevée. L'asphyxie de l'écorce par anémiation générale ou locale entraîne promptement une réaction acide; cette réaction se montre souvent dans les deux minutes qui suivent l'hémorrhagie ou l'oblitération locale des artères et ne fait que croître: chez l'animal tué, la réaction est toujours trouvée acide. Si l'on se hâte de restituer la circulation cérébrale, on voit, mais bien lentement, réapparaître l'alcalinité; sa réapparition est d'autant plus lente que l'anémie a été plus longtemps prolongée; cependant on peut l'obtenir jusqu'à trois fois consécutives à la suite d'oblitérations artérielles ayant duré 5, 7, 9 minutes (nécessité de la respiration artificielle); dans le dernier cas, l'auteur a réussi à obtenir une réaction neutre trente-huit minutes après avoir rétabli la circulation de l'écorce; il a même provoqué le parfait rétablissement de la réaction alcaline chez des animaux qui avaient subi une asphyxie cérébrale absolue de plus d'un quart d'heure. Les nouveau-nés font exception à la règle; la réaction alcaline de l'écorce est chez eux, à ce point accusée que ni l'hémorrhagie, ni l'asphyxie, ni la mort ne déterminent, même au bout de vingt-quatre heures, quelle que soit la légèreté avec laquelle on ait procédé, la perte de la réaction alcaline; il est probable, dit-il, que telle est l'abondance des sels alcalins qui imprègnent leur encéphale que la formation d'un acide. de par la mort, ne peut venir à bout de l'alcalinité; peut-être aussi ne se forme-t-il pas alors d'acide dans l'écorce du cerveau du nouveau-né.

Conclusion. L'asphyxie de l'écorce, et probablement de la substance grise en général, se traduit par la genèse d'un produit acide. Peut-être s'agit-il de l'acide lactique issu de l'écorce grise (Gscheidlen), ou d'un phosphate acide de soude (décomposition des composés phosphatiques organiques de la substance corticale). En tout cas, l'acidification représente un processus non cadavérique mais biologique en rapport avec l'activité de la substance grise au même titre que l'acide qui se forme quand le muscle fonctionne; sinon il serait impossible de comprendre la rapidité de cette genèse, de la disparition de la réaction acide, du retour à la réaction normale d'une écorce asphyxiée. P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 25 octobre 1886. — Présidence de M. SEMELAIGNE.

La question du délire chronique mise à l'ordre du jour de la Société, sur la demande de M. Magnan, à la suite de l'intéressante discussion sur les signes physiques intellectuels et moraux de la folie héréditaire va, sans aucun doute, assigner une nouvelle place à certaines formes du délire chronique dans le cadre nosologique des maladies mentales ; aussi était-il tout d'abord nécessaire de rappeler l'état actuel de nos connaissances sur cette grande vésanie. C'est ce qu'a fait M. Garnier dans une communication très étudiée que nous allons essayer de résumer.

Du délire chronique.— M. P. GARNIER. En clinique mentale, comme en pathologie ordinaire, il existe des maladies à invasion brusque et inopinée, à marche essentiellement irrégulière et ne procédant guère, dans tout l'ensemble de leurs manifestations, que par surprise, par heurts et par à-coups, maladies soustraites à toute loi évolutive et échappant à toute prévision.

A côté des individus qui nous offrent les exemples de ces formes capricieuses des troubles de l'esprit, on en voit d'autres chez lesquels l'affection mentale ne se développe qu'après une incubation prolongée et ne poursuit son cours que lentement, régulièrement, méthodiquement, franchissant une à une des étapes invariablement les mêmes et nous offrant, en quelque sorte le spectacle de l'ordre dans le désordre.

Ici plus d'imprévu, plus d'indécision, le processus psycho-pathique est tellement net et défini que l'on peut prédire la série des phases successives que va parcourir le délire depuis le stade initial, jusqu'à une terminaison inexorablement la même.

Est-ce donc là le résultat de circonstances purement fortuites ? Assurément, on doit reconnaître comme fort vagues encore les données que nous possédons sur le mode d'action des causes qui président au développement de la folie en général, ou d'une maladie mentale en particulier. En vertu de quelle disposition, victime de son organisation cérébrale, un individu appartient-il à

telle catégorie d'aliénés plutôt qu'à telle autre? Pourquoi celui-ci, par exemple, ne sera-t-il jamais, dans ses manifestations délirantes, qu'un irrégulier, un intermittent, un paroxystique, et, par quelle raison mystérieuse, celui-ci, procédant tout à fait à l'inverse du premier, progressera-t-il selon un mode uniforme et continu dans la voie de la folie chronique, où les périodes s'étagent dans une coordination rigoureuse?

Ce sera pour Morel, en dépit des critiques dont ses idées sont encore l'objet, un inoubliable titre de gloire d'avoir su remonter au principe même de cette différentiation, en rattachant tout un grand groupe de déviations à l'hérédité.

Aussi bien, puisque je fais ici allusion à la folie héréditaire, permettez-moi de profiter de ce que la discussion n'est pas encore close, sur ce sujet, pour entrer un peu dans le débat.

Des diverses opinions qui viennent d'être tour à tour éloquemment exprimées, il résulte que la théorie du médecin de Saint-You, reprise et développée avec une si grande rigueur clinique par M. Magnan, n'est point universellement acceptée, bien qu'à vrai dire, on s'en prenne moins à la chose en elle-même qu'au terme choisi pour la désigner. Je crois, pour ma part, qu'il ne saurait donner lieu à une confusion qu'auprès de ceux qui ne sont pas initiés à nos habitudes de langage. Tout médecin familiarisé avec l'étude de la pathologie mentale ne saurait se méprendre sur la véritable valeur terminologique du mot *héréditaire*. Le sens qui s'y trouve attaché depuis les travaux de Morel en fait un synonyme de *dégénérescence*. Pour qu'on n'en ignore, M. Magnan, associe et combine les deux termes, et il appelle des « *dégénerescences héréditaires* », les individus marqués d'une tare originelle ; mais il est incontestable que c'est presque là un luxe de dénominations.

MM. Cotard, Christian et Bouchereau, sont disposés à accorder, dans le développement de la dégénérescence mentale une part prépondérante au côté individuel, c'est-à-dire, à toute influence fâcheuse s'exerçant sur la descendance, soit pendant la vie intra-utérine, soit pendant le premier âge. Sans nier le rôle de ces influences dégénératives, et tout en reconnaissant que celles-ci parviennent, souvent à reproduire la plupart des traits essentiels de la dégénérescence héréditaire, je crois que c'est encore à cette dernière que revient la prépondérance. Quand on parle d'affections infantiles des centres nerveux, il ne faut pas perdre de vue que souvent ceux qui en sont frappés se trouvaient par avance désignés à leurs atteintes par une disposition congénitale. Ce qui est non moins vrai, c'est que beaucoup de maladies aiguës de l'enfance n'ont un si grave retentissement cérébral que, grâce à la connivence d'une instabilité préexistante. N'est-ce pas là que réside le secret de ces différences considérables dans les effets d'une même affection sur tel ou tel sujet? à provocation égale,

que de dissemblances dans le mode de réaction ! c'est une loi en pathologie, de ne pas mesurer seulement les conséquences d'une maladie quelconque à son intensité intrinsèque, mais encore et surtout au degré de susceptibilité et de résistance qu'offre le support.

En résumé, bien que, en fait de dégénérescence mentale, on doive accorder une place importante aux *congénitaux*, aux *infantiles* et aux *juvéniles*, c'est encore la transmission héréditaire qui nous présente le type le plus achevé des dégradations physiques, et intellectuelles qu'un principe dégénératif puisse réaliser ; c'est elle qui nous donne le tableau le plus complet de ces anomalies de la sensibilité morale et affective, de ces *tics* moraux à peu près introuvables en dehors d'elle. Quand on voit un enfant de cinq ans, manifester les plus bizarres obsessions, les plus étranges impulsions, les plus singuliers appétits morbides, n'est-on pas certain, à priori, d'avoir affaire à un être qui a reçu un triste patrimoine morbide ? C'est l'hérédité et ce ne peut-être que l'hérédité qui dépose dans ces jeunes cerveaux, ces ferments d'idées fixes, impulsives, dont l'apparition à cet âge nous déconcerte toujours et devient inexplicable dès qu'on n'admet plus la présence d'un levain héréditaire.

Mais, quel que soit le point de vue pathogénique auquel on se place, la clinique, elle, nous autorise pleinement à englober, en nous basant sur la similitude des caractères généraux essentiels, tous ces êtres frappés de déséquilibration mentale dans un vaste groupe sous le nom de *dégénérés héréditaires*. Parmi ces caractères généraux essentiels, je n'ai à rappeller ici que ceux qui ont trait à la forme et à l'évolution de la vésanie. Un mot peut la résumer : irrégularité. Sur ce fond d'instabilité psychique, sur ce terrain de choix, le délire éclate soudainement ; c'est un véritable accès dans lequel les idées se produisent pêle-mêle, se combinent et s'enchevêtrent dans le complet désordre et où prédomine le caractère instinctif, impulsif, automatique des déterminations morbides. Si les rémissions sont fréquentes, si elles sont subites et inattendues, c'est pour laisser le sujet sous la menace d'un nouveau paroxysme.

Combien différent, est le tableau clinique, lorsque, nous abandonnons les *dégénérés héréditaires*, pour passer à un autre groupe non moins vaste mais à délimitation certainement plus précise.

En 1852, paraissait, dans les *Archives générales de médecine*, un mémoire du professeur Lasègue, sur le *délire de persécution*, véritable chef-d'œuvre d'analyse de psychologie morbide et d'observation clinique. Un complexus symptomatique tiré des groupes confus et hétérogènes de la *mélancolie* de Pinel et d'Esquirol, se trouvait, de ce jour, nettement isolé et constitué à l'état d'unité nosologique.

L'édifice construit alors reste toujours debout, quelques addi-

tions y ont été faites : l'observation a permis d'y apporter un couronnement, mais elle n'a point montré qu'il fallût toucher à la base.

En suivant pendant des années, les malades atteints de délire de persécution, on remarque que le fond morbide tend, peu à peu, à se modifier; c'est une autre période qui se dessine, et qui n'est pas sans apporter quelque changement à l'allure délirante, puisque ce sont des idées expansives qui viennent se faire jour à travers des sentiments pénibles. Pendant un temps, dont la durée est variable, les deux ordres d'idées co-existent plus ou moins étroitement combinées, mais insensiblement, les sentiments tristes et dépressifs s'émoussent et s'effacent devant les conceptions orgueilleuses qui tendent à prédominer définitivement. Peu à peu les idées de persécution sont abandonnées sur la route du délire et si quelques-unes s'attardent et l'accompagnent jusqu'à terme, elles ne sont plus qu'un pâle reflet d'un passé déjà lointain. A cette date de sa maladie, l'individu se présente sous les dehors de la folie des grandeurs, mais, à mesure qu'il grandit ainsi dans sa propre estime, qu'il se hausse sur un piédestal, il descend visiblement dans l'échelle intellectuelle. Du reste le passage des idées de persécution aux idées de grandeur s'accentue, rend plus profonde encore sa rupture avec le possible et le vraisemblable.

Après un intervalle plus ou moins long, il se manifeste dans l'échafaudage du délire des signes de décrépitude. Bientôt les conceptions vont perdre de leur coordination et l'édifice s'ébranle se disloque, se dissocie pièce à pièce. Celui que nous avons connu inquiet, tout d'abord, puis persécuté, puis mégalomane, est devenu un dément.

Voilà donc une maladie mentale, dont la tendance à la chronocité s'affirme par une évolution progressive et systématique, par la succession de quatre stades nettement définis et apparaissant invariablement dans le même ordre :

1° La première période, dite d'incubation, où le malade qu'on trouve inquiet, concentré, replié sur lui-même, en état permanent d'éréthisme psycho-sensoriel, aborde, après des hésitations plus ou moins longues, les interprétations délirantes;

2° La deuxième période, constituée par l'organisation d'un délire de persécution, où les idées maladives sans cesse alimentées par les hallucinations prennent corps, s'installent, se coordonnent et se systématisent;

3° La troisième période, caractérisée par l'intervention d'idées de grandeur, marquant la systématisation ultime du délire et la transformation du moi maladif;

4° La quatrième période, phase terminale de l'évolution vésanique où l'échafaudage délirant s'écroule et où tout dénonce la déchéance mentale, la démence irrémédiable.

Aujourd'hui que cette espèce nosologique est bien connue, le

délire des persécutions et le délire des grandeurs, ou mégalomanie, ne sauraient être envisagés comme des entités morbides irréductibles, puisque ce ne sont là que des aspects différents d'une même maladie dont ils traduisent seulement une saillie symptomatique, aux deux temps principaux de son évolution. D'où la nécessité de désigner celle-ci par un seul et même nom, lequel doit, autant que possible, énoncer ce fait essentiel : le mode évolutif. La dénomination de « *psychose systématique progressive* » aurait l'avantage d'indiquer cette marche par stades successifs, mais j'avoue qu'elle est d'un emploi moins commode que « *délire chronique* », vocable usité par M. Magnan et ses élèves, et qui marque l'opposition avec la folie des dégénérés, où la forme paroxystique et rémittente est la loi.

Est-il nécessaire d'insister sur l'utilité qu'il y a, pour la sûreté du pronostic, à pouvoir discerner, d'après les caractères généraux ci-dessus exposés, si tel délire ambitieux, par exemple, s'est développé suivant l'ordre évolutif propre au délire chronique ou bien, au contraire, s'il est né, de toutes pièces, sans phase préparatoire. Dans le premier cas, l'incurabilité est la règle, comme je me suis efforcé de le montrer, il y a une dizaine d'années; dans le second, ce n'est ni plus ni moins qu'une aventure délirante, sinon sans conséquences, du moins, le plus souvent, sans lendemain.

Je suis convaincu, pour ma part, que, en dehors des délires liés aux intoxications, aux névroses et aux lésions organiques de l'encéphale, la division des aliénés en deux grandes classes : 1° Les *dégénérés héréditaires*; 2° les *délirants chroniques* est, à un point de vue généralisateur, une conception que l'observation clinique légitime et qui ne peut être que féconde en résultats pratiques. Quant aux aliénés intermittents, que M. Magnan considère comme réalisant un type intermédiaire, ils sont tellement rapprochés des *dégénérés héréditaires*, qu'ils vont à peu près se confondre avec eux, en formant, si l'on veut, un sous-genre, avec les trois modalités caractéristiques : 1° *paroxystique simple*; 2° *périodique*; 3° *alternante* ou *circulaire*.

Il me semble, en effet, que pour constituer l'essence d'une maladie à accès nettement définis, il est besoin d'une tare constitutionnelle, d'un vice diathésique qui, tantôt sommeillant, tantôt en activité, peut donner seul la raison de ces retours subits, se renouvelant sous une forme plus ou moins identique, et ne pouvant être mieux comparés qu'aux accès d'une névrose, laquelle n'en existe pas moins d'une manière permanente, pour ne pas être sans cesse en état de manifestation bruyante.

Chez les *intermittents*, l'instabilité mentale originelle, la désharmonie morale est moins évidente, moins accusée que chez les *dégénérés héréditaires*, mais elle m'a toujours paru exister dans une certaine nature.

L'observation a depuis longtemps prouvé, d'ailleurs, que, dans l'immense majorité des cas, ces malades sont véritablement imprégnés d'hérédité.

Suggestion ; action des médicaments à distance.

M. JULES VOISIN. Vous vous rappelez, Messieurs, l'intéressante observation qui vous a été lue par M. Bourru de Rochefort, au sujet d'un homme atteint de grande hystérie. Ce malade, que j'avais déjà suivi à Bicêtre, m'est revenu à la consultation de la Salpêtrière, et j'en ai profité pour renouveler certaines des expériences de M. Bourru sur l'action des médicaments à distance. J'ai opéré à l'aide de flacons de couleurs sombres, dont j'ignorais moi-même le contenu, ce qui écartait toute hypothèse de suggestion involontaire de ma part. Le sujet étant en léthargie, en somnambulisme ou en catalepsie n'a accusé aucun phénomène en rapport avec l'action médicamenteuse de la substance expérimentée ; mais si, par hasard, je prononçais devant lui le nom d'un médicament connu, aussitôt V... donnait une représentation des effets physiologiques annoncés.

L'or appliqué sur sa peau donne ordinairement lieu à une rubéfaction intense, qui ne se produit pas si, par artifice, on arrive à le lui faire toucher à son insu. Je me demande enfin si les changements de personnalité décrits par MM. Bourru et Burot ne représentent pas plutôt la dernière phase d'un délire hallucinatoire.

Ces changements de personnalité sont, en effet, toujours précédés d'une attaque, et peuvent être provoqués par suggestion.

M. FÉRÉ. Parmi les pensionnaires de la Salpêtrière, chez lesquelles M. Bourru a renouvelé ses expériences sur l'action des médicaments à distance, il s'en trouve une, très sensible à l'action de l'alcool, qui, bien qu'elle passe quotidiennement plusieurs heures dans un laboratoire d'histologie, où macère dans l'alcool un grand nombre de pièces anatomiques, n'a jamais éprouvé les moindres symptômes d'ivresse.

M. BRIAND. J'appelle toute l'attention de la société sur les faits fort instructifs que vient de rapporter M. Voisin. Ils constituent un appoint très appréciable à l'opinion de M. Bernheim, de Nancy, qui rapporte à la *suggestion* la plupart des phénomènes si singuliers qu'on observe chez les hystériques. Je ne crois pas que les tendances du professeur de Nancy infirment en rien les magistrales doctrines de la Salpêtrière, il n'y a là qu'une interprétation de plus, venant s'ajouter à d'autres très légitimées ; mais j'avoue que lorsqu'on examine de près certaines manifestations hystériques, on va souvent chercher fort loin des explications, que la sugges-

tion, qui nous réserve encore bien des surprises, explique sans difficulté. J'incline, pour ma part, à penser qu'il en est ainsi, en particulier, pour les singulières manifestations du malade de M. Bourru :

V... subit une sorte d'*auto-suggestion*. J'observe en ce moment, à Villejuif, une de ces hystériques, sur le bras desquelles il suffit d'appliquer une feuille de papier à cigarettes mouillée, pour voir le lendemain l'épiderme soulevée dans toute l'étendue de ce nouveau vésicatoire. (Il est bien entendu que, pour faire réussir l'expérience, il faut avoir endormi la malade, et lui suggérer l'idée qu'elle porte un vésicatoire). *I*nversement, je lui ai appliqué dans un autre circonstance, une rondelle d'emplâtre vésicant, en lui suggérant l'idée qu'il s'agissait d'une simple feuille de papier devant rester sans effet, et j'ai constaté, le lendemain, que la peau n'avait subi, en cet endroit, aucune modification.

M. Féré. J'ai essayé une théorie physiologique des phénomènes de la suggestion ; je crois qu'elle se rapproche de l'*attention*, et qu'elle en dérive.

Voici une expérience qui en donne la preuve. On prend une bassine en fer, et l'on y laisse tomber un grain de plomb, en recommandant à une personne, au moment où elle entendra tomber le plomb, de presser un contact électrique qui inscrira un signal sur un cylindre enregistreur : il doit normalement s'écouler un laps de temps appréciable entre le moment où le bruit se produit, et celui où la personne qui l'aura perçu fera le signal convenu, et cependant il arrive que, si la personne vient à prévoir d'une façon ou d'une autre la chute du grain de plomb, elle fera son signal avant de l'avoir entendu. Elle aura donc manifesté son attention avant la production du phénomène qui devait l'attirer [1]. Marcel Briand.

CONGRÈS ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALIÉNISTES ALLEMANDS

SESSION DE BADE

Séances des 16 et 17 septembre 1885 [2]

Bureau : MM. de Gudden, Lœhr, Schuele ; Excusés : MM. de Nasse, et Westphal, malades.

[1] Ch. Féré. — *La Médecine d'imagination.* (*Progrès médical.*) Br. in-8°, 1886.

[2] Voy. *Arch. de Neurologie*, X, 261.

M. le président DE GUDDEN ouvre la séance à trois heures un quart et salue l'assemblée. La société a, pendant l'année écoulée, perdu MM. le professeur Schlager (de Vienne), Kind (de Langenhagen), Salomon (de Bromberg), Eckelmann (de Marbourg); l'assemblée se lève en leur honneur. — On procède au remplacement de deux membres du bureau sortants, MM. Nasse et Westphal; MM. Pelman et Westphal sont élus.

M. SCHUELE. *Sur la question de limiter le droit au mariage à l'égard des personnes entachées d'une tare héréditaire et devenues aliénées* [1]. — On se rappelle la thèse de Dick, d'après lequel toutes les jeunes filles qui, avant leur mariage, avaient été atteintes d'aliénation mentale, seraient restées absolument indemnes de toute récidive une fois mariées. Le *mariage* serait donc un *préservatif* lorsqu'il s'agit d'individus du sexe féminin ne présentant aucune tare, aucune infusion psychopathique congéniale, et n'ayant pas dépassé la trentaine. Hagen prétend que sur 22 hommes célibataires atteints d'aliénation mentale qui se marièrent plus tard, 19 demeurèrent sains d'esprit, trois retombèrent ultérieurement malades; sur 23 femmes dans les mêmes conditions, 17 ne rechutèrent point, les autres étant redevenues folles; comme chez le reste des aliénés quelconques guéris et envisagés en général, 83 p. 100 gardèrent ultérieurement la raison, le *mariage* n'exercerait, d'après cet auteur, *aucune espèce d'influence* nocive ou prophylactique sur les *récidives*. En employant un autre moyen de manier la statistique, Hagen arrive en même temps à ce résultat que chez la *femme*, d'une manière générale, le *mariage* exerce au point de vue qui nous occupe bien plus souvent une action *avantageuse* que désavantageuse. A Illenau, en 30 ans, Schuele a trouvé enregistrées 890 femmes célibataires qui, après avoir été aliénées, sont parties guéries ou améliorées; 40 d'entre elles sont revenues plus tard comme malades et mariées sans qu'on puisse établir de distinction. Il faut donc établir une statistique tenant un compte exact des divers éléments qui entrent en jeu dans la question. Et, pour ce, il convient de fournir aux asiles des bulletins portant le cadre suivant :

CÉLIBATAIRES	MARIÉS
A. Age;	A. Mode et durée de la folie;
B. Genre de la folie;	B. Cause de la folie; réside-t-elle dans le mariage même (chagrin, misère, inquiétude), dans la puerpéralité?
C. Durée de la folie;	
D. Cause de la folie, y compris l'hérédité; { a. Prédisposition simple. b. Terrain constitutionnel.	
E. Guérison complète ou avec lacune persistante;	
F. Rubrique sur les récidives, l'amélioration, la guérison parfaite.	

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*, p. 264.

On devra suivre les célibataires remis en liberté, à l'extérieur, afin de savoir combien d'entre eux se marieront; les employés ou fonctionnaires des mairies, avisés de la libération des malades, devront nous informer du mariage ultérieur, quand il aura lieu. Par ce double moyen, nous aurons les documents voulus auxquels les médecins consultés puiseront des arguments de la plus haute valeur.

Faut-il actuellement conseiller ou déconseiller le mariage d'une personne qui a été aliénée?[1] Voici quelle est la pratique de Schuele. Il interdit le mariage à toute jeune fille ayant été aliénée qui n'est pas complètement guérie et qui porte en elle des éléments névropathiques constitutionnels, mais encore faut-il que les projets de mariage ne soient pas trop avancés, que le cœur ne soit pas pris, sinon le chagrin immédiat de la rupture exerce une action nuisible. Du reste, en pareil cas, on ne se soumet guère aux injonctions du médecin. Celui-ci, néanmoins, s'efforcera d'éviter les projets de mariage dont les motifs seraient irréfléchis, ceux qui ne seraient pas entourés de toutes les précautions voulues; il faut, en effet, songer aux rechutes morbides possibles, à la descendance menacée (psychoses dégénératives ou constitutionnelles, folies épileptiques chroniques, hystéries enracinées incurables, alcoolisme et folie morale, psychopathies alcooliques à répétition) et en particulier, à ces modalités dans lesquelles, si le délire est court, le regret est long, à raison de la transmission aux troisième et quatrième générations. Et cependant, on n'est point encore autorisé à formuler une loi, surtout une loi sociale, car, à côté des effets funestes de mariages de ce genre, on est parfois obligé d'enregistrer des atténuations salutaires. Tel mariage bien choisi rappellera un ivrogne à la modération; tel autre maintiendra une hystérique dans une satisfaction sexuelle rationnelle et raisonnable. En revanche, que d'aggravations de par le mariage, surtout chez les besogneux et les inéduqués, et surtout que d'effets pernicieux sur la descendance (folies épileptiques); ces sortes de virus héréditaires doivent être combattus avec la même activité que les virus bactériens. C'est alors à l'Etat d'intervenir avant le médecin et sous forme d'*interdiction prophylactique*.

Le médecin ou le directeur des asiles devraient, avant de libérer de tels patients, provoquer l'interdiction en l'appuyant sur les points de repère médicaux nécessaires en chaque cas particulier; leur demande serait adressée aux fonctionnaires de la police ou de l'administration qui feraient la procédure convenable. C'est pourquoi, avant toutes choses, une statistique exacte est indispensable. Ne faut-il pas déterminer les formes de psychoses qu'il y a lieu de poursuivre en l'espèce? Après quoi l'on provoquera un

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*, t. X, p. 264 et t. VII, p. 379.

projet de règlement juridique compréhensif auprès des organes législatifs. Dès maintenant, il s'agit de commencer les travaux préparatoires propres à asseoir les éléments fondamentaux du détail. Consignons aujourd'hui les documents de Hagen (d'Illenau) d'après un rapport sous presse relatif aux années 1877-1883. Onze cent quatorze malades ont été reçus. Sur ce nombre, 86 étaient déjà venus à l'établissement de 1846-1876; 40 de ceux-là avaient été renvoyés guéris. Sur cent deux malades admis dans les sept dernières années spécifiées, il y avait hérédité directe remontant aux parents; 15 de ces parents seulement avaient été placés jadis à l'asile, 87 n'ayant jamais été dans un asile. D'après un calcul qui porte sur les années 1872-1876, sur 2,029 individus qui se trouvaient à Illenau dès les trois premières années de son existence, 15 seulement sont revenus en 1877-1883; sur ces 15, une seule malade est née après la première admission et le premier renvoi de sa mère, tous les autres étant venus au monde avant la séquestration de leurs parents. Parmi les célibataires renvoyés guéris de 1846-1871, 50 étaient déjà mariés en 1874 et la plupart avaient contracté mariage avant cette année. Sur les malades reçus de 1877-1883, il n'y a qu'une malade qui appartienne aux cinquante personnages mariés dont nous venons de parler; les 49 autres n'ont engendré aucun enfant qui se soit échoué à l'asile.

Discussion : M. MENDEL. Supposons le cas d'une jeune fille entrée dans un asile à seize ans, sortie à dix-sept, mariée cinq ans plus tard et vivant heureuse. Irez-vous officiellement faire une enquête chez elle? Quant à empêcher la transmission héréditaire, l'instruction paraît le seul moyen utile et vous savez combien peu de résultats elle donne sous ce rapport. Castrez les filles aliénées, comme le propose un médecin américain. Mieux vaut, n'est-ce pas, les interdire. C'est le seul remède du présent et de l'avenir.

M. SCHUELE. On peut employer à la besogne statistique des fonctionnaires pleins de tact et d'intelligence, des médecins, des pasteurs.

M. GERLACH, Depuis quinze ans, de l'asile de Marbourg on prend annuellement des informations administratives sur la santé et la conduite des malades congédiées l'an passé; mais les documents manquent d'exactitude, parce que, bien souvent, un malade renvoyé avec la mention — amélioré — par le médecin est indiqué par le fonctionnaire comme guéri. Voilà un premier écueil.

M. DE KRAFFT-EBING. Est-ce que les psychoses ne proviennent pas souvent de névroses, et *vice versa*? L'investigation devrait donc porter aussi sur la population des individus non séquestrés.

M. BINSWANGER. A la clinique de Iéna, il est très rare, quand on fouille les matériaux propres à établir le chiffre de l'hérédité,

de constater la rechute ou le retour à l'établissement d'une aliénée après mariage. En Saxe, on use largement des congés; ce peut être une barrière opposée aux mariages précoces d'aliénés libérés, puisqu'on a encore la main sur eux. Mais, répliquent MM. SCHUELE et DE GUDDEN, on ne devrait pas laisser partir de malades en congé sans les interdire, on les tiendrait bien mieux, bien plus sûrement.

M. FUERSTNER. Supprimer la statistique externe et simplifier le schéma. C'est après une longue série d'années, qu'il conviendrait de répondre, du moins à une partie des questions. Toute tentative d'instruction au sein du public comme des aliénés congédiés demeurera sans résultats.

M. DE GUDDEN. *De l'installation de quartiers de surveillance continue.* — C'est Parchappe qui en est le créateur. Il est, au fond, impossible de formuler des règles générales pour cette installation. Cela dépend de l'asile auquel on a affaire. S'agit-il d'une construction nouvelle ou d'une adaptation? Plus un établissement est petit, plus l'obligation est lourde, car plus faibles sont les moyens dont on dispose, plus grande est la nécessité d'aller à l'économie; mais, en ce qui concerne un asile entretenu par des ressources publiques, il ne faut économiser qu'autant que la chose est possible et admissible. Voici le programme d'un quartier semblable pour un asile public de 400 malades, appartenant à une classe sociale peu fortunée : 200 hommes, 200 femmes. La proportion des aliénés à mettre en surveillance est de 10 p. 100. Une grande partie de ceux des malades qui nécessitent un soin constant est constituée par des paralysés généraux parvenus aux stades les plus avancés de leur maladie. Ils ont en réalité presque tous besoin de soins minutieux, et les gâteux ne sauraient être exclus de ce quartier. Cette surveillance doit aussi comprendre des malades d'une bonne santé psychique relative mais atteints d'affections somatiques grave, ou des malades tendant au suicide; mais ces patients ne sauraient être mélangés aux paralytiques généraux; seulement, afin d'éviter de doubler le personnel des infirmiers, on les placera en des salles contiguës séparées simplement par une porte. Les malades alités n'ont pas besoin d'une salle de jour séparée; en installer une pour les malades dangereux pour eux-mêmes rendrait la surveillance difficile; donc pas de salle de jour; on se contentera de laisser une partie des salles privées de lits. On accèdera à chaque salle par une porte venant d'un vestibule fermable : du côté opposé, en face, deux chambres de bain en saillie, fenêtres à hublots de verre épais se regardant les unes les autres, en avant et en arrière. Sur les côtés des salles, trois chambres d'isolement, pour chacune; cette annexe est absolument indispensable, surtout pour les malades qui infectent l'air par leurs exhalaisons, pour les agités ou plutôt pour ceux qui ne peuvent demeurer en

repos, qui se promènent la nuit. Les chambres d'isolement destinées aux malades dangereux pour eux-mêmes (chambres de nuit) seront pourvues de volets intérieurs, adaptables aux fenêtres, de portes munies de panneaux de verre épais, et n'auront pas de caissons de lits, ou les lits auront une construction spéciale; on en pourrait installer une capitonnée.

Il faut encore prévoir une quatrième chambre séparée dans le sens de sa longueur; la moitié, interne, servirait de vestiaire, la moitié, externe, de lieux d'aisances. Cette moitié externe serait à son tour divisée transversalement par une paroi; l'espace antérieur dont l'accès serait libre serait simplement occupé par une porte de 1^{m}, 20 de haut, conduisant à un siège fixe et solide; le réceptacle inférieur, quotidiennement désinfecté, accessible du dehors par une porte spéciale, pourrait être changé chaque jour sans que les salles fussent le moins du monde incommodées; chauffage à air; éclairage au gaz, horloges de contrôle ou appareils de contrôle électriques. Les vrais agités, les bruyants incombent à une autre section; Munich leur a assigné quatre chambres d'observation spéciale, qui sont en même temps des chambres à surveiller dans la section des agités (deux pour les malades de troisième classe et deux pour les malades des classes plus élevées). Pour les autres malades des classes supérieures exigeant des soins et une surveillance particulière, il n'y a pas lieu à une installation architecturale propre. Quant aux simples gâteux ne ressortissant pas à un quartier de surveillance continue, il suffit que les infirmiers se relèvent deux fois la nuit, à minuit et à trois heures du matin. Les gâteux non dangereux pour eux-mêmes, mais agités et par suite isolés, seront d'une manière générale mis à l'abri pour la nuit.

Discussion : M. Fuerstner. Pour lui, cette section comporte une surveillance permanente aussi la nuit; ce n'est pas un quartier où il suffit que la veilleuse ou le veilleur passe, en même temps qu'il fait sa ronde à travers les autres sections. Il emploie pour le contrôle des horloges spéciales. Il croit aussi que la proportion de 10 p. 100 formulée par de Gudden est trop faible. Les paralytiques généraux doivent être séparés des malades atteints d'autres affections somatiques, des suicides, des sitiophobes. A la salle de surveillance des paralytiques généraux graves doit s'appliquer une surveillance continue, destinée à porter secours à ceux qui ont des attaques congestives, à l'observation des phénomènes morbides, à la prophylaxie des accidents. Les chambres d'isolement de de Gudden sont nécessaires, mais il est difficile de surveiller simultanément salles et chambres d'isolement. En effet, il n'y a pas lieu d'organiser une salle de jour séparée dans le quartier de la surveillance continue, car il est difficile de surveiller toutes les pièces.

M. GRASHEY. Quel est le chiffre du personnel nécessaire, quel en sera le mode de relais? Il faut au moins deux et souvent trois à quatre personnes. Un service de vingt-quatre heures ne vaut pas un entraînement de plusieurs semaines. Grâce à ce système, le personnel apprend à connaître plus exactement les malades, et il lui est bien plus facile de posséder jour par jour les mêmes heures de service et de récréation, que de prendre tous les trois ou quatre jours, à la suite d'un service de jour fatigant, un service de veille d'une demi-nuit.

M. DE GUDDEN. Par mesure d'économie on établit un service de surveillance de vingt-quatre heures. Quant à la proportion des malades qu'il convient d'affecter à la surveillance continue, cela dépend des endroits; pour les établissements qui ne reçoivent pas exclusivement des affections récentes, le chiffre de 10 p. 100 est absolument suffisant.

M. ŒBEKE. Il est impossible de forcer un même personnel à bien surveiller six à huit semaines de suite.

M. GRASHEY. Mais, pendant cette période, les agents ont parfois douze heures de parfaite tranquillité et leur entraînement assure un bien meilleur service.

M. SIEMENS. Dans son quartier de surveillance continue, deux gardiens veillent continuellement pendant le jour à l'intérieur de la salle; la nuit, deux autres prennent la garde; cette alternative s'étend à tous les infirmiers. Quand la salle de surveillance renferme des aliénés particulièrement difficiles, on place un troisième gardien dans la salle de jour.

M. DE GUDDEN. A Munich aussi, un gardien couche également dans le quartier de surveillance pour venir prêter la main la nuit en cas de besoin. Le cabinet d'aisances ne saurait être placé en dehors, sous peine de compliquer la surveillance.

M. FUERSTNER. Chaque infirmier veille la moitié de la nuit; le jour, on laisse exactement le même personnel dans le quartier de la surveillance continue.

M. BINSWANGER. Admet-on aussi des pensionnaires dans ce quartier? En pareil cas, il a éprouvé des désagréments.

M. SIEMENS. A Marbourg, on y placerait des pensionnaires, si la chose était nécessaire.

M. FREUSBERG. A Sarreguemines, il faut se passer d'un quartier de surveillance continue. Qu'est-ce que l'appareil installé à Munich pour observer les malades dans leurs cellules?

M. DE GUDDEN. A Munich, on introduit aussi des pensionnaires de classes supérieures dans le quartier de surveillance; mais les malades qui peuvent le payer ont un infirmier spécial à leurs

frais; autrement, c'est l'asile qui l'installe. L'appareil dont parle M. Freusberg est un cône enfoncé dans la porte : son sommet regarde en dehors et est muni d'un disque de verre enchâssé sur lequel s'abat une lamelle, une targette, semblable à celle de l'œilleton d'un oculaire télescopique.

M. Lœhr. Dans les asiles privés, où chaque malade a sa chambre, y a-t-il des quartiers de surveillance continue? Il n'en a vu jusqu'ici que dans un asile du Wurtemberg.

M. Kleudgen. A Obernik, j'ai fait installer une grande chambre dans laquelle je réunis plusieurs malades ayant besoin de la plus rigoureuse surveillance (suicides); cette installation ne m'a causé aucune espèce d'ennuis.

M. Siemens. — *Du traitement des aliénés sitiophobes.* — Le refus de nourriture se voit surtout chez les aliénés mélancoliques et hypochondriaques qui souffrent de troubles de la nutrition et de la digestion consistant, le plus souvent, en modifications dans les échanges interstitiels; c'est pourquoi les matières alimentaires les gênent, même en très petites quantités. En un mot, ils ne les refusent que parce qu'inconsciemment ils les sentent en excès. L'abstinence des aliénés n'a donc, pas plus d'ailleurs que pour tout autre individu, le danger qu'on lui a attribué, pourvu qu'elle ne dépasse pas, au point de vue de la durée, certaines limites. Le médecin peut, par suite, dormir tranquille en présence des catégories d'observations antérieurement spécifiées[1], y compris même la folie systématique, à la condition qu'il surveille attentivement ses malades, et qu'il intervienne dès qu'il y a danger pour eux, dès que la sitiophobie, produit véritable du délire, met leur existence en danger. Du reste, il n'est pas rare, qu'alors un début d'intervention pousse les aliénés à reprendre des aliments sans qu'on soit forcé de recourir à la sonde. Le problème consiste à déterminer avec exactitude les conditions somatiques des sitiophobes et notamment leur poids, et principalement à rechercher, parmi les matériaux d'excrétion, l'*acétone*. L'*acétonurie* paraîtrait être le symptôme caractéristique de l'inanition histologique véritable, autrement dit : tant qu'un malade qui refuse opiniâtrément la nourriture ou qui n'en prend que peu, ne rend pas d'acétone, tant qu'en même temps son poids demeure constant, cela prouve que les centres des échanges moléculaires au sein des tissus et des parenchymes sont encombrés, que le peu de nourriture qu'il ingère suffit, et que le forcer à absorber davantage lui nuirait. L'apparition de l'acétone, au contraire, montre qu'il y a réellement insuffisance d'aliments et que l'aliéné consomme sa propre substance. — Dans maints cas, on maintiendra l'état des forces, du moins

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. X, p. 232 et t. IX, p. 268.

momentanément, en donnant beaucoup d'eau ; par elle, en effet, on restitue au sang un élément indispensable, de même qu'une injection d'eau salée rend aux organismes desséchés par une déperdition séreuse (hémorrhagie, diarrhées, choléra) de la force et du pouls. On parera donc au plus pressé en donnant de l'eau par l'anus, des lavements alimentaires à la peptone de Kemmerich, etc. Chez certains mélancoliques chroniques on obtient de très bons résultats du sel de cuisine et d'un peu d'alcool dilué. — Expectation circonspecte, contrôle incessant de l'état du malade, repos au lit, observation précise, mise à profit de particularités propres à chaque malade, veille continue, sollicitation de l'appétit, rendent presque toujours superflue l'alimentation forcée par la violence. Tout cela échoue-t-il, on est autorisé à s'armer de la sonde, mais ces cas-là sont énormément rares.

M. Œbeke. *Du traitement des aliénés sitiophobes*[1]. — Après avoir fait le diagnostic exact des troubles pathologiques qui expliquent ce refus, et avoir classé la nature de la sitiophobie présente (instinctive, psychique, directe, symptomatique, complicatrice), on est obligé, vu l'insuffisance des explications pathogénétiques, anatomo-pathologiques, chimiques tour à tour proposées, de se rendre à un traitement symptomatique. La grande indication qui domine le thérapeute, c'est l'obligation de faire vivre le patient. Quels sont les procédés qui la remplissent avec la plus grande somme de certitude ? Le repos, l'épargne des forces du malade, l'alitement et enfin l'alimentation forcée sont tour à tour ou simultanément utiles, suivant les cas. Tout est bon ou tout est mauvais selon les manières dont on applique les procédés et les individus auxquels on s'adresse. Voici ce que recommande M. Œbeke. On arrive sans grande peine, sans grand apparat, sans siège ni camisole de force, à introduire la sonde chez le malade au lit, à la condition qu'on relève et fléchisse légèrement en arrière la tête du patient. On enroule autour des genoux une couverture ou un drap plié plusieurs fois dans le sens de sa longueur ; les extrémités de cet étui qui enserre les jambes sont maintenues par deux infirmiers assis. En même temps qu'ils assurent l'immobilité des jambes horizontalement étendues, ils enferment les bras de chaque côté dans une autre couverture. Un troisième consolide la tête également préservée de toute compression à l'aide d'un drap. La sonde œsophagienne utilisée est molle, et munie, à son extrémité libre, d'un entonnoir de verre ou de métal. On injecte en deux ou trois portions par jour les quantités du mélange suivant administré froid ou chaud, selon les malades et selon leur propension ou non aux vomissements :

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*, t. X, p. 452.

Eau.	demi-litre
Sel gris	2 grammes
Lait.	2 litres
Bouillon	1 litre
Léguminose	1 à 2 cuillers à soupe
Vin de l'Ahr	demi bouteille
Porto	6 cuillers à soupe
H. f. morue	6 —
Viande finement râpée. .	500 grammes
Jaunes d'œuf.	8 à 12
Teinture d'acétate de fer .	60 gouttes
Acide chlorhydrique. . .	10 gouttes

L'auteur a pu nourrir de cette façon un malade pendant quatre mois et demi; pendant les trois premiers mois, il décrut de 13 kilogr. 1/2; finalement il se maintint en équilibre. Par conséquent, à la suite d'une grande inanition, ce serait le mode d'assimilation qui s'améliorerait avant que la quantité des matériaux utilisés ne se fasse sentir. En tout cas, la sonde ne saurait être évitée, mais elle n'est pas, tant s'en faut, un remède souverain. Ainsi l'on doit d'abord avoir recours aux lavements alimentaires, aux lavements de peptone. Grâce à eux, on maintient l'équilibre qui permet à l'épisode de suivre son cours avant que l'aliéné ne meure. M. Œbeke cite encore l'exemple d'un sitiophobe traité de cette façon vingt et un jours pleins; jamais par ce système il n'aurait perdu de malades. Mais encore faut-il qu'ils se laissent administrer les lavements; en semblable cas, inutile d'insister, sous peine de les blesser ou de voir rejeter le liquide alimentaire.

Formule d'une peptone à lavement :

Viande de bœuf sans graisse ni tendons en tout petits morceaux.	125 grammes
Eau distillée	240 gr.
Acide chlorhydrique	2 gouttes
Chlorure de sodium	2 grammes

Faites macérer 1 heure et filtrez.
Rincez avec 120 gr. d'eau distillée et filtrez.
Mêlez et ajoutez 0,12 de pepsine soluble.
— 10 gouttes d'acide chlorhydrique.
Laissez digérer 6 heures à 30° ou 32° R. Il doit rester 240 grammes de mixture.

Donnez cette quantité en trois lavements; alternativement quatre à huit cuillerées de cette mixture ou de vin de Porto toutes les trois heures, en laissant un intervalle libre de six heures pendant la nuit. On pourrait aussi, à l'aide d'un long tube élastique, faire parvenir aussi haut que possible dans l'intestin de grandes quantités du liquide nutritif.

En somme, le traitement de la sitiophobie chez les aliénés comporte trois points. Les uns adoptent une expectation armée. A côté de cela, il y a des cas irréfutables où il faut agir. Enfin les autres interviennent du premier coup et forcent l'ingestion alimentaire, soit par des lavements de peptone et de vin, sauf à recourir, en cas de nécessité, à la sonde œsophagienne, soit directement de prime abord par le gavage stomacal auquel on ne saurait refuser le mérite de parer au plus pressé.

Discussion : M. SIEMENS. Et les dyspepsies nerveuses qui sont des psychoses atténuées, et pour lesquelles le traitement psychique est bien plus actif que le traitement local!

M. GRASHEY. — On est allé jadis trop loin dans l'emploi de la sonde œsophagienne. La violence doit être laissée de côté. A côté de cela, il y a une indication vitale à employer la sonde. Si l'on agit prudemment, l'introdution de cet instrument n'offre aucun danger; l'épreuve de l'insufflation d'air avec auscultation de la région épigastrique est concluante. Dans ces conditions, toute adynamie consécutive à la sitiophobie en indique l'usage, et, si elle est bien supportée, la continuation; sinon on cessera de l'employer. Tel est aussi l'avis de M. DE GUDDEN, qui recommande les sondes molles et pour l'alimentation rectale et pour l'alimentation gastrique.

M. PREYER. — Les expériences chez les animaux [1] n'autorisent pas à transporter ces faits chez l'homme. Le cerveau peut fort bien ne pas tant diminuer de volume que les autres parties molles des inanitiés, mais il est impossible de déterminer cette proportion.

M. WITKOWSKI. — Chez les aliénés, ce n'est pas tant la mort par nanition que l'affaiblissement extrême qu'il faut redouter, ce dernier leur faisant perdre toute résistance à l'égard d'un accident nouveau.

M. DE GUDDEN. *De la question de la localisation des fonctions dans l'écorce du cerveau.* — Il existe actuellement deux groupes de physiologistes. Les uns regardent l'écorce comme une carte de géographie divisée en un assez grand nombre de provinces et de départements, qui commandent à des fonctions diverses et sont nettement séparés. Les autres contestent cette répartition et disent que l'écorce est uniforme dans ses fonctions. Munk est le chef des premiers, Goltz des seconds, mais, même parmi les défenseurs des localisations, l'accord est loin de se faire [2]. Pour moi,

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*, t. X, p. 117, 104, 425, t. XI, 237.

[2] Nous appelons l'attention sur le dernier travail d'ensemble de M. de Gudden, en faisant remarquer que, même en ce qui concerne ses travaux originaux, la précédente critique serait bien placée. Toutes les fois en effet qu'il s'agit de physiologie expérimentale, la porte est largement ou-

je me suis adressé à l'anatomie du cerveau en utilisant la méthode expérimentale, mais en ne lui demandant que ce qu'elle peut donner. Je me suis proposé de partir de la périphérie, des nerfs, et de gagner les centres, mais en ne procédant qu'avec la plus grande circonspection, à partir du moment où j'entrais dans les organes centraux et dans l'écorce, afin d'éliminer le plus possible les sources d'erreur, de les découvrir, de les fragmenter et d'en faire bonne justice. En marchant ainsi du simple au composé, je voulais éviter de confondre les grosses lésions dues à l'intervention opératoire avec les atrophies secondaires, si nettes lorsque l'animal a longtemps survécu à une mutilation et qu'après l'avoir abattu, on dissèque par les procédés micrographiques les pièces anatomiques. Aussi, en substituant ma méthode aux résections corticales, aux électrisations de l'écorce, j'ai démontré chez les lapins et les chats que les nerfs pathétiques s'entre-croisent complètement, tout le noyau manquant du côté opposé à l'ablation, et non partiellement. Les lapins ont certains avantages sur les chiens et les chats ; on en est plus maître et leurs nouveau-nés ne sont qu'exceptionnellement atteints par les inflammations traumatiques de la mutilation.

L'énucléation d'un œil sur un lapin nouveau-né se traduit par un *arrêt de développement* ou une *atrophie* de la *bandelette optique du côté opposé*, à l'exclusion de son faisceau non entre-croisé. Du reste, chez cet animal, le faisceau non entre-croisé est si petit et si peu important que, s'il n'a plus que ce trousseau, il se conduit comme s'il était aveugle. A cette atrophie de la bandelette se rattache l'*atrophie du corps genouillé externe* ; il se présente alors sous la forme d'un ménisque oblique en dehors, mais accolé à la saillie latéro-dorsale la plus antérieure de la couche optique, saillie qui est probablement l'analogue du pulvinar. On rencontre enfin l'atrophie de la *couche la plus supérieure du tubercule quadrijumeau antérieur*, qui est le vrai centre visuel. Le faisceau pédonculaire transverse [1] s'atrophie quand le nerf optique s'atrophie, mais son centre, en rapport avec ce dernier, n'est pas certainement le centre visuel vrai du tubercule quadrijumeau antérieur, il est encore inconnu et d'après son siège et d'après ses fonctions. Intégrité de l'écorce et notamment de la sphère visuelle du côté opposé ; on constate simplement une asymétrie apparente qui tient à ce que les atrophies sus-indiquées ont déterminé des déplacements de substance. *L'énucléation des deux*

verte aux interprétations les plus divergentes. Il n'en est plus de même quand on s'adresse à la méthode anatomo-clinique. (Voy. Localisations cérébrales de M. Charcot. — Maladies de l'encéphale et localisations de M. Nothnagel (trad. française). P. K.

[1] Voy. *Arch de Neurologie*, t. XI, p. 96.

yeux dans les mêmes conditions, donne des résultats identiques, mais plus nets des deux côtés, les faisceaux non entre-croisés de la bandelette disparaissant.

La séparation de l'acoustique et du facial chez le lapin nouveau-né, à leur émergence du bulbe, sans autre mutilation, entraîne l'atrophie désirable [1]. On sait que l'acoustique se compose au moins de deux systèmes de fibres; le *centre auditif propre* est le *tubercule acoustique*. Le noyau à grosses cellules de Deiters n'a rien directement à voir avec l'acoustique. On ne constate pas d'atrophies dans l'écorce.

Cinquième paire[2]. La racine descendante est exclusivement motrice. Sa portion sensible ou racine descendante est-elle coupée, son centre correspondant s'atrophie. Je crois avoir trouvé une voie qui de ce centre va vers l'écorce, s'entre-croise avec celle du côté opposé, peut être suivie pendant une certaine étendue à travers la calotte et se perd en s'effilochant. La cinquième paire est, chez le lapin, un nerf puissant, mais son atrophie ne se traduit par rien sur l'écorce.

Nerf olfactif. Le *centre* en est la *couche glomérulaire*, tandis que toutes les autres parties du renflement olfactif sont parties constituantes des hémisphères cérébraux. La bandelette olfactive est un faisceau de projection dans le sens de Meynert; ce qu'on appelle la portion olfactive de la commissure antérieure est exclusivement une voie de connexion des lobes olfactifs. On voit clairement dans la bandelette olfactive l'union de son centre avec l'écorce cérébrale. Ainsi, excisez une narine d'un lapin nouveau-né et produisez, par quelques points de suture, des adhérences dans la plaie, vous aurez une atrophie très modérée de la couche glomérulaire et de la bandelette olfactive. Chez un lapin de cinq à six semaines, enlevez un os du nez, et râclez le nerf olfactif avec la muqueuse, ou même, enlevez tout à fait au grattoir chez le nouveau-né le renflement olfactif qui apparaît à travers son crâne ouvert, ou encore allez l'exciser à l'intérieur du crâne, quand le lapin sera devenu adulte, on verra une cicatrice linéaire de tissu conjonctif très délicat, à la place de la bandelette disparue, le lobe olfactif ne présentant macroscopiquement rien, microscopiquement peu de chose ou rien. Si on enlève les deux renflements olfactifs chez des animaux tout jeunes, mais n'en ayant plus absolument besoin pour teter (suppléance du trijumeau à l'âge de sept à huit jours), on assiste à l'atrophie totale des deux bandelettes les deux lobes restant normaux. C'est de l'ensemble de ces faits, que se déduit ma théorie au sujet des localisations (centres trophiques).

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*, t. VIII, p. 79.
[2] Voy. *id.*, t. XII, p. 109.

Les nerfs des mouvements des yeux, le *facial*, l'*hypoglosse*, le *plexus brachial*, le *sciatique*, la plupart des nerfs moteurs de la jambe antérieure ou postérieure, peuvent être enlevés chez le nouveau-né sans qu'il se produise d'atrophie de l'écorce ultérieure. Si l'on prend un nouveau-né, qu'on lui enlève les deux yeux, et qu'on lui resèque les conduits auditifs, en les oblitérant ensuite par des lambeaux de peau suturés, si on le condamne à une réclusion parfaite, on voit, chez l'animal adulte, que l'organe olfactif s'est hypertrophié et surtout son centre olfactif primaire qui réside dans son renflement. L'ensemble de l'encéphale paraît simplement avoir rétrocédé à raison de l'exagération de développement des os, mais il n'a pas bougé.

On peut se livrer à de semblables recherches chez les chiens et les chats, mais chez eux les faisceaux optiques non entre-croisés sont trop puissants, de sorte que la recherche des tractus qui gagnent l'écorce est plus difficile; en tout cas, l'écorce ne subit en pareil cas aucune atrophie.

Centres des animaux nouveau-nés, et, avant tout, du lapin. On ouvre un côté du crâne autour des sutures sagittale et frontale; on enlève tout un hémisphère y compris le corps strié, mais on respecte la bandelette optique. Les animaux semblent continuer à se développer, à voir, entendre, sentir, se mouvoir normalement comme si de rien n'était. Mais il est impossible de posséder aucune notion anatomique précise permettant d'établir les rapports des ganglions de la base avec l'hémisphère de haut en bas, impossible de déterminer l'existence de fibres de connexion entre le centre optique du tubercule quadrijumeau antérieur et l'écorce. Sans doute les couches supérieures de fibres nerveuses du tubercule en question sont diminuées, mais ce déficit n'a pas de rapport avec le centre de la vue sus-énoncé, car en même temps disparaît un tout autre centre du tubercule quadrijumeau antérieur, celui de la deuxième couche grise de sa coiffe grise. Le centre de la vue lui-même (couche grise la plus supérieure) ne saurait être tenu pour altéré; les bandelettes et nerfs optiques sont restés égaux. Quand on expérimente chez le chat, il faut se garder de tirer des conclusions relatives à la sphère visuelle avant qu'on se soit convaincu que le traumatisme n'a pas déterminé d'exagération de pression sur le centre optique primaire, il faut donc se montrer très circonspect quand il s'agit de l'atrophie d'une bandelette optique consécutive à une destruction corticale de la sphère visuelle, et se garder d'invoquer un rapport de cause à effet avant d'avoir sûrement constaté une atrophie anatomique depuis l'écorce jusqu'à la bandelette en question; or, pareille altération ne se voit point et n'a pas de chances de se voir.

Si on ouvre le crâne d'arrière en avant autour de la suture coronaire, et, si en ayant soin de respecter le lobe olfactif, on

enlève dans la même direction, des deux côtés, tout le lobe occipital et pariétal jusqu'à une distance de 1 millimètre en avant de la suture choisie, l'animal abruti reprend quelques jours plus tard toutes ses allures normales, comme s'il ne lui était rien arrivé, mais il paraît plus impulsif. Il voit, bien qu'il n'existe plus dans son cerveau aucune espèce de trace de sphère visuelle ; il conserve la vision mentale.

La *résection du lobe frontal* des deux côtés, en respectant le lobe olfactif, entraîne l'*idiotie*. L'animal, privé dès sa naissance de cet organe, est un peu somnolent, et en même temps dépourvu de pondération dans ses mouvements, il subit un arrêt de développement physique marqué, ne sait plus lutter pour l'existence et exige des soins de propreté et d'alimentation spéciaux à chaque individu tenu séparé de ses compagnons. Du reste, aucun phénomène de déficit. Il y a, au surplus, sur ce sujet des variations qui dépendent du plus ou moins de mutilation. Quoi qu'il en soit toutes les sensations s'exécutent dans leur intégrité ; l'élément psychique s'y montre encore de même que dans les mouvements. On a produit des *imbéciles* bien plus que des idiots parfaits.

Ce que j'ai dit du tubercule quadrijumeau antérieur, après l'extirpation de tout un hémisphère, est vrai pour les centres de tous les nerfs sensitifs. A tous doivent manquer les tractus qui les unissent à l'hémisphère, et cependant ils sont eux-mêmes intacts. Intacts aussi sont les noyaux des nerfs moteurs, qu'il soit question du lapin, du chien, du chat.

Quant au *centre primaire du nerf olfactif*, quant à la couche *glomérulaire du renflement olfactif*, la section de ce renflement faite à l'intérieur du crâne se traduit par une *atrophie* de la *bandelette olfactive* ; il n'en reste plus que de tout petits vestiges qui appartiennent à la portion fermée du lobe, les fibres commissurales de cette portion même ayant aussi succombé.

Les localisations corticales n'existent donc pas. L'auteur passe en revue tout l'examen anatomique des pièces empruntées aux animaux mutilés (méthode des coupes, colorations soignées), établit un parallèle entre les mutilations physiologiques exécutées chez les divers animaux nouveau-nés ou adultes, et insiste sur les causes d'erreur (inflammation, compression hydrocéphalique, exsudats, etc.,) qui en ont imposé lorsqu'il s'est agi des animaux adultes.

En ce qui concerne la *zone motrice* chez un lapin nouveau-né, l'ablation d'un hémisphère entier n'exerce pas le plus petit trouble sur les mouvements. Prenons un animal adulte (lapin ou chat) enlevons-lui son lobe frontal, c'est-à-dire, commençant la section à 2 millimètres en arrière de la suture coronaire (lapin) ou dans la suture coronaire (chat), réséquons, par une tranchée perpendiculaire, toute la partie dulobe frontal située en avant du

couteau y compris le lobe olfactif : la paralysie du côté opposé, consécutive à l'opération, n'a lieu que pendant le temps que dure l'obnubilation du sensorium due à la narcose, il subsiste bien quelque insuffisance motrice pendant les quelques jours suivants dans les pattes postérieures; mais bientôt toute trace de mutilation a absolument disparu. Et cependant, chez le chat, la résection a détruit une zone d'un millimètre en arrière du gyrus postcruciatus en atteignant, quoique pas toujours, la base du lobe olfactif. L'autopsie révèle encore que les faisceaux pyramidaux sont complètement (lapin) ou incomplètement (chat) atrophiés. Un chien qui avait subi la section à 3 millimètres en arrière de la suture coronaire, présenta identiquement les mêmes phénomènes; les faisceaux pyramidaux étaient radicalement atrophiés. Jamais il n'y a eu de phénomènes de surexcitation motrice. Du reste, le fameux chien de Goltz, réduit à l'idiotie inconsciente avec lourdeur dans les mouvements, par suite d'ablations profondes et étendues de la zone motrice dans les deux moitiés du cerveau, ce chien n'était pas paralysé, n'était pas aveugle, et cependant, les zones dites motrices et visuelles avaient été anéanties. La double séparation du lobe frontal des deux côtés, dangereuse chez les lapins de moins de deux mois (nécessité d'épargner le lobe olfactif), est mortelle si l'on atteint la partie externe de la capsule interne ou l'irradiation de la couche optique. Si les animaux ainsi mutilés vivent encore (et j'en ai des spécimens), ils ressemblent, quant à leurs allures, aux lapins dont on a enlevé les deux hémisphères peu de jours après l'accouchement : arrêt de développement psychique et somatique avec quelques modifications dans les fonctions motrices. Ainsi ils ne s'asseyent pas comme les autres : ils avancent les pattes postérieures de sorte que les pattes antérieures viennent se placer entre les pattes postérieures ; ils sautent en élevant bien plus haut le train postérieur de leur corps et lancent bien plus loin les jambes postérieures; légère titubation quand ils se nettoient debout avec l'extrémité de leur pattes; ils perdent même parfois l'équilibre et se renversent au moment où ils se redressent, mais plus les animaux avancent en âge, plus ces troubles rétrogradent.

Conclusions anatomiques : 1° Dans toute la série des mammifères, on constate un rapport déterminé entre le volume du lobe olfactif, du renflement olfactif, du nerf olfactif. Parallèlement, l'écorce du lobe olfactif offre des particularités spéciales. Rappelons que, chez des lapins de sept à huit jours, on peut effectuer des deux côtés la section des deux renflements; les lobes n'en continuent pas moins à se développer et paraissent normaux quand plus tard chez l'adulte on les examine. — 2° L'ablation du lobe frontal, et cette ablation seule, entraîne l'atrophie complète des faisceaux pyramidaux. L'ablation des lobes pariétaux et occipi-

taux laissent ces derniers intacts. — 3° L'ablation de tout un hémisphère, y compris le corps strié, entraîne l'atrophie de tout le pédoncule du côté droit. Chez le lapin, la partie médiane et latérale de ce pédoncule sont contiguës; chez les mammifères supérieurs, on constate des déplacements. Chez tous, l'irradiation de la commissure de Meynert témoigne suffisamment du lit de chacun des deux systèmes. Le fait est que le système médian est en rapport, au moins de préférence, avec le lobe frontal; le système latéral, avec le lobe pariéto-occipital. — 4° J'ai, moi aussi, constaté que le ruban de Reil, du moins ce segment que Monakow[1] qualifie de cortical (ruban de Reil cortical), dépend de l'écorce du lobe pariéto-occipital. Je pense, sauf plus ample et plus exact examen, que le lobe olfactif doit être rattaché au lobe pariéto-occipital. En tout cas l'ablation du lobe frontal laisse intact le ruban de Reil, les fibres arciformes correspondantes, les noyaux des cordons grêles et cunéiformes, tandis que, lorsqu'on enlève le lobe pariéto-occipital, on voit les organes énumérés disparaître, du moins pour la plupart. — 5° Les noyaux de la couche optique sont en partie indépendants de l'écorce et, en particulier, ceux qui sont reliés les uns aux autres à l'aide de ce que j'appelle la commissure inférieure[2]. Certains de ces noyaux ne dépendent-ils pas du lobe frontal? La chose est possible, mais la plus grande partie d'entre eux, voire le corps genouillé interne, sont dépendants du lobe pariéto-occipital. — 6° Le ganglion médian postérieur du corps mammillaire dépend aussi du lobe pariéto-occipital; il persiste après la séparation du lobe frontal.

On en arrivait, d'après cela à conclure que, l'écorce étant développée et exercée normalement, les fonctions cérébrales s'y localisaient en deux régions principales : l'une destinée aux *conceptions motrices*, l'autre aux *conceptions sensibles*. Mais on n'était pas autorisé à prétendre davantage. Cependant l'avenir laissait à espérer qu'il serait peut-être possible, en ne lésant pas ou en ne lésant que le moins possible l'écorce, d'agir sur les centres et faisceaux qui dépendent d'elle et, par conséquent, de se rendre compte, après cette intervention, des effets de la destruction de ces centres et faisceaux sur l'écorce. C'était un pas de plus, des nerfs à la région corticale. Aussi ai-je essayé par la base.

Après avoir énucléé un œil à un jeune animal, j'ai essayé de pénétrer par le trou optique dans la capsule interne, et d'abord dans sa partie moyenne, en plein dans les faisceaux pyramidaux. J'y ai réussi, ainsi que le prouvent les pièces anatomiques, mais je ne sais si je n'ai pas détruit davantage. Chez un lapin qui ne

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XII, p. 102, 110, t. VII, p. 125, t. V, p. 94.

[2] Voy. *Archives de Neurologie*, Mémoires cités.

présentait plus d'intact qu'un tout petit reste des faisceaux pyramidaux, l'écorce cérébrale révélait une atrophie presque complète des grandes cellules pyramidales, sans autre altération des autres cellules. On peut, par suite, se demander si les différentes couches de cellules ne se relient pas à diverses fonctions, chacune à chacune. Les faits semblent démontrer que les cellules pyramidales les plus nombreuses et les plus grosses occupent le lobe frontal chez le lapin normal. A côté de cela, sur un cerveau de chien, dont on avait réussi par lésion du lobe frontal à atrophier radicalement le faisceau pyramidal, les grandes cellules pyramidales s'étaient maintenues en partie bien conservées.

Ces résultats, qui n'atteignent en rien la loi de l'énergie spécifique des organes sensoriels (Muller), démontrent la nécessité de commencer par l'anatomie pour arriver à la physiologie ou, si l'on intervertit l'ordre, de ne jamais perdre de vue l'anatomie. Ils ne sauraient au surplus s'appliquer de but en blanc à l'homme, parce que chez l'homme les mouvements volontaires jouent un rôle infiniment plus grand que chez les animaux.

Discussion : M. Mendel. L'an dernier, à Leipzig[1], j'ai produit des figures de diverses circonvolutions de l'écorce cérébrale, et fait remarquer la diversité de leur constitution anatomique. Je possède des recherches semblables chez le chien. A l'œil nu même, on reconnaît, au pourtour de la fosse calcarine, un trousseau de fibres blanches connu sous le nom de bandelettes de Vicq-d'Azyr; sa situation au milieu de l'écorce grise révèle qu'en divers points la structure de l'écorce cérébrale est différente. Ceci indique que les fonctions physiologiques de l'ensemble du revêtement cortical ne sont pas identiques. Quoi qu'il en soit cependant de cette ardeur de localisation prématurée, quoi qu'il en soit de la vogue, de la terminologie de ces districts corticaux, l'abondance des faits cliniques chez l'homme me paraît si chargée, ils sont en partie si démonstratifs en faveur de la localisation que je ne crois pas que les expériences sur les animaux puissent seulement effleurer la théorie.

M. Nissl en appelle à l'étude histologique. Il adjure de se servir des procédés spéciaux à la recherche des cellules pour l'étude des cellules, des procédés spéciaux à la recherche des fibres pour l'étude des fibres. Sa méthode à lui[2] décèle presque exclusivement les cellules corticales. Si l'on envisage leur disposition topographique, on est obligé de reconnaître, en ce qui les concerne, le type à cinq couches par toute l'écorce. Sans doute sa composition présente des variétés, mais sans permettre de leur rattacher des centres bien limités.

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. X, p. 270, 232.
[2] Voy. *id.*, t. X, p. 270.

M. Preyer. La variété de structure n'implique nullement la variété de fonctions. Que de faits dans lesquels la fonction est identique alors que la structure morphologique est différente. Généralement, on méconnaît trop souvent dans les recherches de cet ordre la versatilité des parties du cerveau. Les champs de l'écorce ne peuvent être séparés les uns des autres comme les losanges d'une mosaïque. En matière de localisation, le mode de développement a la plus grande importance. Quelques centres sont congéniaux : tels celui de la respiration, de la succion, de la déglutition. D'autres sont acquis : tels celui de la parole qui ne se produit pas quand l'enfant n'entend pas[1]. Ce qui est vrai pour certaines localisations doit l'être pour d'autres; il est difficile de dire quelles sont les fonctions cérébrales à centre fixe qui sont transmises, congéniales, et quelles sont celles qui sont acquises à l'aide des impressions sensorielles. Cette recherche est nécessaire; elle ne s'accorde pas avec l'opinion de la délimitation constante des champs corticaux, tandis qu'elle va très bien avec les recherches de de Gudden.

M. de Gudden. Prenons l'aphasie. L'hypothèse d'un centre de la parole n'existant normalement que d'un côté est incompréhensible. Sans doute, dans la plupart de cas d'aphasie, la lésion occupe l'endroit classique de l'hémisphère gauche, mais il y a aussi des cas où la lésion existait à droite. Expliquer cela par ce fait que l'individu était gaucher, et par conséquent droitier du cerveau, n'explique rien, car que devient l'unilatéralité de développement chez l'ambidextre. Laissons de côté les considérations d'après lesquelles l'habitude de se servir de la main droite est le produit de l'exercice et de la coutume, qu'elle ne se transmet pas, et que la parole se développe plus tôt que cette habitude de se servir de telle ou telle main. Supposons que le centre de la parole se limite, sur un cerveau normal, exclusivement à un côté, à certaines circonvolutions de ce côté du cerveau ; à quoi servent alors les circonvolutions correspondantes du côté opposé ? Ne fonctionnent-elles pas ? Pourquoi, si elles ne servent pas, ne s'atrophient-elles pas ? Et cependant, même chez les sourds-muets, la région en question n'est pas atrophiée.

M. Mendel. M. Nissl dit qu'il n'y a pas de différence entre les diverses parties de l'écorce, que partout on trouve les cinq couches, mais que cependant tantôt l'une tantôt l'autre de ces couches manque; donc la composition n'est pas uniforme ; quant aux objections de M. de Gudden, elles n'empêchent pas les faits cliniques.

[1] Voyez Kussmaul (*Stœrungen der spreche*); Charcot et Marie (*Revue de médecine* 1883); Nothnagel (*Maladies de l'encéphale*, p. 466, note 4).

M. DE GUDDEN. Evidemment, mais il n'y en a pas moins bien des obscurités à dissiper.

M. MENDEL. *Le médecin-expert et l'exclusion du libre arbitre formulée dans le* § 51 *du Code pénal allemand.* — « § 51. — Il n'y a « ni crime ni délit, quand celui qui a commis l'acte incriminé se « trouvait, au moment où il l'a perpétré, en un état d'incons- « cience ou de trouble pathologique de l'activité mentale « *qui excluait son libre arbitre.* »

Étude de critique médico-légale. — Le devoir du médecin, dans le cas de responsabilité douteuse, consiste simplement à chercher si, à l'époque de l'acte incriminé, il y avait inconscience ou trouble psychique morbide. C'est au juge, au juge seul, qu'il appartient d'apprécier si l'état d'inconscience ou de trouble psychopathique constaté excluait le libre arbitre. Cette expression de libre arbitre ne représente point, en effet, une notion scientifique d'ordre psychiatrique. Tel est, d'ailleurs, l'avis du législateur et d'éminents juristes. Il en est de même pour la responsabilité, l'irresponsabilité, le degré de l'une ou de l'autre; elles représentent des notions de droit pénal et non de médecine. Y a-t-il, y avait-il ou non, inconscience, ou non trouble psychopathologique? Le médecin n'a à répondre que sur ce point. S'il veut introduire dans son examen analytique des éléments qui deviennent dans l'esprit des magistrats des causes d'adoucissement pénal, il peut le faire dans son rapport, mais par la voie de faits médicaux et non en pénétrant sur le territoire de la philosophie et du droit.

M. WITKOWSKI. *Contribution à la psychiâtrie clinique.* — Il y a neuf ans, appuyé sur la statistique, je réfutais l'idée que les maladies mentales commençaient par un stade initial mélancolique. Et, en même temps, je me convainquais de l'existence d'un terrain limitrophe entre la mélancolie et la folie systématique, forme intermédiaire pour laquelle je proposais le nom de folie systématique mélancolique, sans préjuger de sa genèse, de l'enchaînement étiologique de ses manifestations. Le processus fondamental invariable de la folie systématique est toujours la fixité des idées délirantes avec tendance à la systématisation. Mais à côté de ce radical, certains phénomènes apparaissent de temps à autre, ou en permanence, et viennent parfois occuper le premier plan, de sorte qu'il convient dans la terminologie de leur réserver une place : on en consacre l'existence par les expressions de folie systématique hallucinatoire — hypochondriaque — stupide — mélancolique — toutes formes ne s'excluant pas l'une l'autre, pouvant coexister, ou se succéder. C'est ainsi qu'il existe une folie systématique illusionnaire, dans laquelle les hallucinations de l'ouïe et les plaintes hypochondriaques cèdent le pas aux

illusions; le malade méconnait les personnes et les choses, et est le jouet passager ou permanent de la dépression. Sans doute il était d'une observation exacte et facile à expliquer que l'humeur mélancolique fût fréquente dans les périodes de début de la maladie.

Dès les premières années, on voit aussi de la folie systématique surtout avec exaltation, de violents accès d'angoisse, ainsi que des phases, des courants d'idées mélancoliques qui semblent constituer l'introduction nécessaire de la mégalomanie. Plus tard, des épisodes semblables apparaissent brusquement, sans cause occasionnelle, surtout dans les cas de délire de persécution. Mais il existe aussi une modalité intermédiaire à la mélancolie proprement dite et à la folie systématique; à cette modalité se rattachent les déprimés en permanence (négateurs, sceptiques, ensorcelés, damnés, immortels, pourris). Quoi qu'il en soit, c'est la folie systématique qui dans la plupart de ces formes est le pivot essentiel du tout; le caractère partiel du trouble, sa persistance, sa systématisation, l'immixtion de conceptions étrangères et indépendantes de la mélancolie, l'état de l'humeur également différent de celui du mélancolique, tout porte le cachet de la vésanie organisée. La folie systématique peut aussi verser dans la débilité mentale ou provenir de la débilité mentale. Dans le premier cas, il s'agit d'une folie systématique progressive, généralisée, aboutissant à la démence, démence cependant souvent compatible avec une existence relativement utile. Dans le second ordre de faits, on a affaire à des débiles ou à des imbéciles congénitaux qui présentent des dispositions spéciales à produire une série de conceptions délirantes plus ou moins nettes, plus ou moins parfaites, plus ou moins bien organisées, systématisées; parfois, on note même une puissance de création analogue à celle des paralytiques généraux.

Les difficultés d'établir une classification rationnelle et suivie des psychoses tiennent à deux causes. En ce qui concerne l'étiologie, les agents morbigènes les plus fréquents et les plus certains tels que l'hérédité, le traumatisme, la vieillesse font souvent une brèche impitoyable à notre système. L'alcool produit non pas seulement des fous morbides divers, mais encore des formes mixtes difficiles à étiqueter. Il en est de même de la folie de la puberté; elle est évidemment formée par la succession de dépressions, délires hallucinatoires, affaiblissement psychique, se produisant parfois par série de poussées. Enfin les psychoses sont analogues aux autres maladies cérébrales. De même qu'au milieu de convulsions et de douleurs plus ou moins violentes, on voit se développer des paralysies et des anesthésies de diverses étendues, de même dans la plupart des maladies mentales chroniques s'installe un affaiblissement psychique croissant qui représente l'es-

sentiel de la maladie, et sur lequel les délires et les troubles de la sensibilité morale apparaissent comme autant de phénomènes d'excitation. Dans la plupart des psychoses chroniques, l'affaiblissement psychique est un phénomène de déficit, non pas secondaire, mais primitif, sur lequel se greffent, à l'instar des convulsions sur les paralysies, les épisodes bruyants. En réalité, les psychoses combinées n'existent pas. A côté de cas purs représentant les types indiqués par la théorie, il existe une foule de cas mixtes qui, pour la plupart, se tiennent par le lien commun de la faiblesse psychique. Personne ne s'avise de vouloir nier les différences entre l'hystérie et l'épilepsie, bien qu'un très grand nombre d'observateurs soient convaincus qu'assez souvent il y a des cas auxquels on peut donner un nom aussi bien que l'autre. Il en est de même pour les syndromes psychiques.

Discussion : M. DE KRAFFT-EBING. — Il n'est souvent possible de poser un diagnostic différentiel entre la mélancolie et la folie systématique que par une observation prolongée. Le passage de la folie systématique à la démence a lieu très promptement chez les individus tarés de par l'hérédité, chez qui la masturbation ou quelque autre vice a été la cause occasionnelle de l'explosion de la maladie. En d'autres cas, la folie systématique peut persister de longues années sans que survienne une démence notable; il en possède une observation de cinquante années de durée. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLII, 6. P. KERAVAL.

BIBLIOGRAPHIE

I. *Contribution à l'étude des albuminuries transitoires dans quelques maladies du système nerveux;* par H. MICHEL. (J.-B. Baillière, éditeur, Paris, 1885.)

Travail inspiré par M. B. Teissier (de Lyon), qui sur un groupe de 60 albuminuriques, ne constatait, quelques jours après son premier examen, que six à sept cas d'albuminurie. Il s'agissait d'individus atteints depuis bien longtemps d'une affection du système nerveux, mais absolument indemnes de néphrites. M. Michel passe en revue six groupes de névropathies; les unes à lésion classée; — atrophie musculaire progressive (1 observation) — ataxie locomotrice (8 observ.) — hémiplégie (3 observ.) —

myélites aiguës (5 observ.) — périencéphalite (1 observ.) — les autres désignées sous la rubrique générale de névropathie simple (4 observ.). Il trace ensuite une étude d'ensemble sur la symptomatologie et la clinique de l'albuminurie transitoire (chap. II), ainsi que sur la recherche et la nature du syndrome (chap. III). En ce qui concerne la valeur séméiologique de l'albuminurie transitoire, il tente d'en éclairer la pathogénie à la lumière de la physiologie expérimentale.

Neuf expériences lui ont démontré que des lésions centrales peuvent, sans déterminer la moindre fièvre, produire de l'albuminurie; et cela non pas seulement quand on mutile la moelle lombaire et dorsale (section des racines antérieures et postérieures), mais lorsqu'on resèque une partie de l'écorce (notamment le gyrus sigmoïde), ou quand on excite le bout périphérique du grand sympathique cervical et du pneumogastrique. D'où les conclusions suivantes :

Certaines affections du système nerveux peuvent, sans que la fièvre intervienne, entraîner de l'albuminurie, en dehors de toute altération des reins ou du cœur. Il s'agit d'une albuminurie habituellement transitoire, sans troubles fonctionnels concomitants; l'albumine, peu ou non rétractile, est excrétée en petite quantité (leucomurie de Gübler; albuminurie dyspeptonique d'Esbach); les urines ne présentent aucune anomalie; le précipité qui s'effectue surtout par l'acide azotique chaud et la solution picroacétique est encore plus rapide, quand on se sert du réactif de Tanret et de celui de Yokohama (voy. mémoire, p. 65). L'albuminurie transitoire, notable le soir lorsqu'il y a eu un trouble digestif) ou le matin, lorsque les malades ont éprouvé des manifestations douloureuses, s'accompagne d'une hyperexcrétion d'acide urique ou même d'urée; elle tient probablement à un trouble de la nutrition organique dû lui-même soit à la maladie nerveuse primitive, soit à des doubles vasomoteurs intrarénaux (système nerveux central ou grand sympathique). Le pronostic en est bénin; elle cède au traitement de l'affection générale et à un régime rationnel quoique parfois elle provoque à la longue de l'irritation rénale et une néphrite vraie. P. K.

II. *De l'hystérie chez les enfants;* par P. Peugniez. (A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs; Paris, 1885.)

Gros mémoire de 180 pages, produit à l'école de la Salpêtrière. Et, en effet, ce sont les travaux de M. Charcot surtout et les observations publiées chaque année par M. Bourneville qui ont, dans ces dernières années, permis de constituer complètement l'hystérie de l'enfance. (*Progrès médical*, 1882-1885. *Maladies du*

système nerveux, t. III, f. 1.; — *comptes rendus de Bicêtre* 1882-1885.) La modalité du fonctionnement du système nerveux représente, comme le dit M. Peugniez, un élément qui prédispose l'enfant à l'hystérie; de l'enfance à la puberté, l'encéphale quintuple de volume et, concurremment avec cette suractivité anatomique, on constate un afflux exagéré de sensations à l'aide desquelles le jeune être prend connaissance du monde extérieur; aussi et, c'est là le revers de la médaille son émotivité est-elle excessive. C'est également la raison pour laquelle l'hystérie, plus fréquente chez les jeunes garçons que chez l'homme adulte, se montre beaucoup plus chez les petites filles. Elle débute entre six et huit ans, et n'est pas influencée par la menstruation. Des XXVI observations excessivement complètes consignées dans son travail, l'auteur déduit que : L'hérédité est la principale cause prédisposante de l'hystérie infantile. Les troubles des facultés affectives sont un des premiers symptômes de la maladie. La symptomatologie est la même, à peu de chose près, chez l'enfant et chez l'adulte, quel qu'en soit le sexe. Le traitement a plus de chances de réussir chez l'enfant que chez l'adulte. Plus tôt le diagnostic est fait, plus tôt le traitement est institué, moins grave est le pronostic. L'isolement est le mode de traitement le plus actif à opposer à la maladie. L'hystérie infantile revêt quelquefois le caractère épidémique; rélations de l'épidémie d'hystéro-démonopathie de Morzines, 1861, et de celle de Pledran près Saint-Brieuc. (Voy. *Progrès médical* 1881. Baratoux.)

P. K.

III. *De l'hématidrose et de ses rapports avec la menstruation*, par Mangon. (Thèse de Bordeaux, 1886.)

A côté des faits relatifs aux hémorrhagies supplémentaires, l'auteur rappelle un certain nombre de cas de sueurs de sang, sous l'influeuce de la frayeur, de la colère, et d'autres perturbations morales, de la douleur physique, d'un exercice corporel violent.

Ch. F.

.IV *Essai sur la mégalomanie*, par Nicoulau. (Thèse de Bordeaux, 1886.)

L'une des parties les plus originales de cette thèse est l'avant-propos : « Pourquoi, dit l'auteur, serais-je allé, pareil à l'homme de la Fable, m'enquérir bien loin d'une fortune notoirement assise à ma porte ? » Nous souhaitons que la fortune lui arrive; mais il serait injuste que ce fût à cause de sa thèse, dont voici les conclusions :

1° La mégalomanie doit être considérée comme une entité morbide ; — 2° elle est primitive ou secondaire, simple ou compliquée d'autres conceptions délirantes; — 3° elle paraît d'autant plus curable qu'elle se rapproche plus de l'état de simplicité ; — 4° les

hallucinations de la mégalomanie complexe sont dues aux vésanie complémentaires; — 5° la cause de mégalomanie paraît-être, en certains cas l'illégitimité des naissances; — 6° la terminaison la plus ordinaire est la démence. Ch. F.

V. *Du suicide dans le délire ou folie des persécutions*, par M. Meilhou. (Thèse de Bordeaux, 1886.)

Personne n'a jamais affirmé que le suicide fût fréquent dans le délire de persécution, et il était au moins inutile d'appeler Esquirol en témoignage. M. Cotard dit même dans un remarquable mémoire sur le délire des négations qu'il est rare, et pour M. Ritti il est moins fréquent que dans aucune autre forme de mélancolie; M. Meilhou, veut arriver à faire de l'idée de suicide un caractère capable d'exclure le délire des persécutions. Il fait une critique en règle de quatre observations dans lesquelles des idées de suicide ont été constatées chez des sujets qui n'étaient pas de vrais persécutés; puis il rapporte une observation montrant encore qu'un mélancolique peut avoir des idées de persécution sans être un vrai, persécuté, puis encore deux observations établissant que ces mêmes mélancoliques peuvent avoir des idées de suicide. Mais ces quelques faits sont insuffisants pour démontrer la principale proposition de la thèse à savoir que la présence des idées de suicide doit faire exclure le délire des persécutions. D'ailleurs, après avoir déduit des applications pratiques et médico-légales de cette proposition non démontrée, l'auteur conclut modestement que « le suicide est une exception dans le délire des persécutions. » Tout le monde reste d'accord comme ci-devant. M. Meilhou rapporte d'ailleurs une observation à l'appui de celles de M. Cullerre montrant que le délire de persécution peut être combiné avec le délire alcoolique et que, dans ces conditions, les idées du suicide peuvent être indépendantes du délire de persécution. M. M... laisse sans critique deux observations de M. Legrand du Saulle dans lesquelles le délire des persécutions avec idées de suicide n'était nullement compliqué. Ch. F.

VI. *Des attentats à la pudeur sur les petites filles*, par P. Bernard. (Thèse de Lyon, 1886)

Cette étude intéressante nous montre la fréquence considérable des attentats à la pudeur sur les enfants, surtout dans les centres populeux et industriels. Les inculpés de cette sorte de crime sont le plus souvent des hommes d'un âge mûr ou des vieillards, et en général, l'âge du violateur est en raison inverse de celui de la victime. Toute proportion gardée, les veufs constituent la majorité des accusés. L'instruction ne paraît pas influencer la marche de

cette criminalité qui varie avec les saisons et le régime : ces attentats paraissent en effet beaucoup plus nombreux en juin, c'est-à-dire à la fin du printemps, et, au contraire, moins nombreux en novembre, au commencement de l'hiver ; ils sont plus fréquents dans les années d'abondance et favorisés par l'alcoolisme.

Il est à regretter que, parmi les conditions qui favorisent les crimes de cette nature, l'auteur ne se soit pas préoccupé de l'état mental des violateurs et de leurs victimes ; s'il l'eût fait, il n'eût pas formulé (p. 40) cette proposition singulière : « En France, l'augmentation périodique des crimes contre les mœurs est due à l'amélioration des conditions économiques et physiologiques » ; ce qui revient à dire que les perfectionnements auxquels tendent les Français les amènent nécessairement à rechercher les rapports sexuels avec des filles impubères, c'est-à-dire un coït périnéal sûrement infécond. L'auteur pouvait éviter ce paradoxe en établissant que les Français dont il entend parler, sont des dégénérés qui évoluent, par tous les procédés possibles, vers la stérilité. Et il n'eût pas été sans intérêt de rechercher si la plupart des petites filles qui deviennent les victimes de ces dégénérés ne sont pas elles-mêmes des prédisposées d'un genre spécial ; un grand nombre d'entre elles ont des tares héréditaires et présentent des anomalies organiques, souvent elles ont un développement prématuré, une physionomie génitale caractérisée principalement par un éclat particulier des yeux contrastant avec l'aspect puérile de la partie inférieure du visage, et du reste du corps, qui les signale en quelque sorte à l'attention des dépravés.

Dans la seconde partie de son travail, M. B... montre que la conformation anatomique des parties s'oppose à l'intromission vaginale, de sorte que le plus souvent le violateur pratique un coït externe ou périnéal antérieur ou postérieur. Nous n'insistons pas sur l'étude des troubles locaux qui en résultent et que l'auteur décrit avec beaucoup de soin. Chez les enfants qui s'adonnent à la masturbation on trouve souvent, outre la dilatation de l'orifice hyménéal une certaine congestion douloureuse du mamelon, c'est le point douloureux mammaire sur lequel insiste particulièrement M. Lacassagne. CH. FÉRÉ.

VII. *L'encéphale (structure et description iconographique du cerveau, du cervelet et du bulbe)*, avec un atlas de 59 planches en glyptographie ; par E. GAVOY. (J.-B. Baillière éditeur, 1886.)

M. Gavoy a imaginé un cérébrotome qui lui permet d'obtenir des coupes minces de la totalité de l'encéphale que l'on peut étudier par transparence à l'œil nu, lorsqu'on les a disposées entre deux lames de verre, où elles peuvent être conservées

par un procédé approprié. Ce mode de préparation peu propre à l'étude de l'anatomie fine permet de distinguer les principaux faisceaux de fibres qui parcourent les diverses parties de l'encéphale et de prendre une bonne idée de leur disposition topographique générale. Les planches qui accompagnent la description de M. Gavoy sont de grandeur naturelle et sont très propres à la démonstration et à l'étude.

VARIA

HISTOIRE ADMIRABLE
DU JEÛNE PRODIGIEUX D'APOLLONIE SCHREIER
VIERGE DU CANTON DE BERNE

Par Paullus LENTULUS, docteur en médecine, citoyen et physicien ordinaire de l'illustre et puissante République de Berne.

PREMIÈRE NARRATION

Il existe dans le district d'Erlach, qui dépend de la célèbre et puissante république de Berne, un petit village nommé Galz, situé à environ deux mille pas du monastère de l'Ile Saint-Jean, qui se trouve à l'extrémité du lac de Bienne. A cette époque, il n'était question que du jeûne prodigieux d'une jeune fille, et partout on racontait à ce sujet une foule de choses aussi absurdes que merveilleuses. Le gouverneur de Cénobie, qui tient la justice de Galz, persuadé qu'il arriverait de graves inconvénients causés par l'immense concours de gens de toute sorte qui venaient de tous lieux pour voir une chose aussi nouvelle et aussi extraordinaire, jugea prudent d'en informer le premier magistrat de Berne pour éclaircir le mystère. Aussi, vers le milieu du mois de janvier 1602, lui fit-il remettre des lettres l'informant sommairement des faits habituels observés pendant les jeûnes de cette jeune fille, d'après les données qu'il avait pu recueillir autant par lui-même que par les parents et voisins du sujet, et lui annonça franche-

ment qu'il abandonnait l'affaire, le priant que, pour une chose aussi nouvelle et aussi insolite, il eût à lui signifier avec sa bonté habituelle quelles mesures il fallait prendre.

Ces lettres furent lues au Sénat. Il fut décidé d'envoyer une mission chargée d'examiner, le plus promptement possible, le corps de la jeune fille et la maladie dont elle se disait atteinte, et à faire une sérieuse enquête sur tout ce qui pouvait avoir trait à ce prodige. Il leur fut aussi ordonné d'interroger la jeune fille elle-même, ses parents, tous les gens de son village, tant hommes que femmes, en un mot toutes les personnes pouvant offrir les meilleures garanties de franchise. Pour remplir cette commission on choisit trois personnes, parmi les médecins ordinaires, Paullus Lentulus, docteur en médecine; Daniel, lithotomiste épiscopal, et maître des chirurgiens. Ces trois personnes partirent le dernier jour de janvier, un peu avant midi, et se rendirent au village de Galz, dont nous avons déjà parlé. Étant entrés dans la maison où logeait la jeune malade, ils exposèrent le motif de leur visite et l'ordre du premier magistrat, et demandèrent la permission d'examiner le sujet et la liberté d'étudier son état et les symptômes de son mal. Les parents et la jeune fille accédèrent volontiers à ces demandes et se mirent tout entiers à leur disposition pour qu'ils pussent remplir leur office sans aucun obstacle.

C'est alors qu'ils trouvèrent la jeune fille. Elle était âgée d'environ dix-huit ans. Elle reposait sur un lit de plume assez moelleux, placé dans une chambre médiocrement chauffée, ce qui est peu commun dans ces régions et à cette époque de l'hiver. Elle se tenait couchée sur le dos et était presque immobile. Elle avait pu néanmoins, par un léger effort, ramener ses bras et ses mains sur sa poitrine, et de sa main gauche étreindre la droite. Elle remuait plus difficilement les cuisses. Toutefois, elle pouvait déplacer ses jambes, mais avec beaucoup de volonté. La peau de son visage ainsi que celle de son corps était brune; ses cheveux noirs et fort épais une fois coupés pendant toute la durée de son jeûne, repoussaient très bien ensuite. On demanda à la mère pourquoi on avait coupé les cheveux à la jeune fille. Elle répondit que c'était pour la préserver plus facilement des poux et autre vermine, et, surtout, parce que le peigne, ou toutes les autres choses qu'on employait pour lui nettoyer la tête, lui causaient

des vertiges, et qu'elle ne pouvait absolument rien supporter à cause de sa trop grande faiblesse. Ses paupières étaient légèrement rouges; ses lèvres avaient une couleur de corail. La langue était bonne et de couleur normale, et suffisamment humectée par une salive peu abondante. Les narines, quoique humides, n'étaient pas morveuses. D'après son dire, la jeune fille dormait de temps à autre, mais les parents affirmaient que, surtout la nuit, ils n'avaient pu observer si elle dormait réellement, parce qu'elle parlait sans cesse, même au moment où elle semblait le mieux dormir. A son réveil, elle se plaignait grandement de son sommeil, qu'il eût été long ou court, et en ressentait une extrême fatigue. La respiration n'avait rien de pénible, mais il fut remarqué que l'aspiration était plus forte que l'expiration, et, bien plus, en examinant le battement de ses artères avec la respiration, la diastole était bien plus forte que la systole. La voix était traînante et semblable à celle d'une mourante, et cependant la prononciation était nette, facile et sans aucun embarras. Elle énonçait entièrement les mots : sa conversation était suivie et très juste. Elle répondait nettement et à propos aux questions qu'on lui posait, avec une grande réserve et une mémoire irréprochable. Le sens du tact ainsi que la faculté de se mouvoir étaient moins développés. Cependant, de temps à autre, lorsqu'elle était fatiguée par une trop longue station sur un seul côté, dans son lit, ou même lorsque sa mère la priait de se tourner d'un autre côté, ou de se lever sur son séant, elle pouvait changer de place. Tout le temps de son jeûne, elle ne rendit aucune déjection. Ses règles, qu'elle avait depuis deux ans, s'étaient ensuite reproduites assez régulièrement. Depuis le jeûne, on ne les revit plus. Les muscles de son visage étaient assez gonflés par la maladie; mais, cependant, ils n'étaient ni tuméfiés ni bouffis et fonctionnaient régulièrement. On pouvait voir que les muscles des bras, des mains, des cuisses, des jambes et des pieds étaient bien conformés. Il n'y avait aucune maigreur apparente sur tout son corps, à l'exception du tour de la poitrine et du sternum. Là, toutes les côtes faisaient saillie et n'étaient recouvertes que par la peau, absolument comme un squelette. Bien plus, le creux de l'estomac lui-même et toute la région du ventre paraissaient, à l'examen, complètement vides, comme si les viscères avaient été enlevés. L'ombilic était fortement appuyé sur la colonne

vertébrale. On ne voyait sur le corps ni éruption ni pustules; la peau était au contraire lisse, douce au toucher; elle n'était ni sèche ni rugueuse, quoique tout pût faire songer à sa sécheresse. Cette même peau, pour celui qui la touchait, n'était nullement glacée, mais, comme chez tout le monde, remplie d'une douce chaleur. Comme on cherchait par le toucher, sur chaque hypochondre et sur l'estomac, s'il se trouvait quelque tumeur ou quelque corps étranger, la jeune fille se plaignait amèrement, disant que le plus léger attouchement la faisait souffrir de partout. Elle ajoutait qu'elle ne ressentait pas constamment cette douleur, mais par intervalles et cela autour de la poitrine. Il lui semblait que quelqu'un la lui ouvrait avec un instrument tranchant.

Le père et la mère furent questionnés ainsi que les parents les plus proches. On interrogea également les voisins qui pouvaient être à même de bien connaître le cas de la jeune fille et d'en parler sciemment, pour savoir depuis combien de temps elle avait cessé de prendre toute nourriture. Tous répondirent unanimement et prêtèrent même serment de leurs paroles, que cet état durait depuis *onze mois* environ, et que, pendant tout ce temps, elle avait énergiquement refusé tout aliment solide et toute boisson, et que ni par l'anus, ni par la vessie elle n'avait rendu aucun excrément. Et il est à remarquer, sur le rapport des mêmes personnes, que dans cette maladie si singulière, la jeune fille ne commença pas brusquement et d'un seul coup à s'abstenir de nourriture. Car, pendant plusieurs mois avant ce jeûne, elle commença à s'éloigner avec dégoût de la table de la famille, et à rejeter avec répugnance les meilleurs morceaux qu'elle trouvait brûlants. Elle ne se nourrit que de pain sec, de pommes, d'amandes et autres sortes de fruits, dont elle commença bientôt à perdre le goût, jusqu'au moment où elle arriva à s'en abstenir complètement. C'est alors que, déjà vaincue par ce dégoût, et, comme nous l'avons dit plus haut, malgré ses efforts pour prendre quelque nourriture, ses mains furent soudain envahies par des espèces de végétations. Bientôt après, son ventre se gonfla d'une manière étonnante et toutes les autres parties du corps furent envahies d'une sorte de tumeur œdémateuse. Forcée par ses parents de manger et même de boire des boissons froides, elle vomissait immédiatement ce qu'elle avait absorbé malgré elle. Des symptômes très graves se pro-

duisaient; son visage se remplissait d'une sueur froide, et on eût dit qu'elle allait sur-le-champ mourir. Justement effrayés, les parents s'abstinrent de tourmenter leur fille, cédant surtout à ses larmes (elle avait coutume, comme nous le verrons du reste dans la suite, de pleurer abondamment, lorsqu'elle avait quelque grande contrariété), car elle les suppliait de toutes ses forces d'avoir pitié d'elle et de lui éviter tant de torture.

Elle ajoutait, car elle était pieuse, que c'était Dieu qui lui avait envoyé ce mal, et qu'on ne devait rien tenter contre sa volonté; que cela ne durerait pas longtemps et qu'elle recouvrerait bientôt sa santé première, ou serait appelée au ciel pour partager les célestes jouissances, ce qu'elle réclamait avant tout. Telles étaient les réponses qu'elle faisait au médecin et au chirurgien qui, par l'ordre du premier magistrat, avaient été envoyés vers elle, et qui, entre autres choses, l'exhortaient de prendre quelque friandise, ou un peu de sucre dans un breuvage agréable. Bien plus, sa crainte était si grande d'être forcée par ces derniers de prendre la moindre des choses, ce qu'elle n'aurait pas fait pour un empire, qu'elle les suppliait par d'incessantes prières de ne pas faire cet essai sur elle. Elle s'exprimait même en ces termes : « Hélas! pourquoi êtes-vous si curieux de rechercher les causes de ma maladie? Ah! je vous en conjure, suspendez un peu vos expériences. Il arrivera bientôt un temps où je pourrai vous permettre, ce que mes parents vous permettront, et ce que je veux leur faire promettre devant vous. Quand j'aurai été débarrassée de cette vie, venez, ouvrez la poitrine de la malheureuse, fouillez mes entrailles et partagez toutes les parties de mon corps pour y trouver ce qui peut satisfaire vos désirs. En attendant, permettez-moi, pendant le peu de jours qui me restent à vivre (si on peut appeler vie celle que je supporte et non pas une souffrance perpétuelle), en paix et l'âme tranquille ». Et comme tous avaient compris par ce fait que leur mission était remplie, et de crainte que de pareilles émotions ne la fissent retomber en syncope, ils se retirèrent. Sur ces entrefaites et dans le courant du jeûne, la couleur jaunâtre des mains se dissipa, et le gonflement qui existait dans certaines parties du corps se résorba entièrement et égala la maigreur du ventre. Le sujet arriva à l'état d'amaigrissement où on peut l'observer maintenant.

Aux demandes qui lui étaient faites si, pendant la nuit, il ne s'introduisait personne auprès d'elle qui lui présentait des vivres ou quelque chose qui la soutint, la jeune fille répondait toujours négativenent. Elle ne vit ni n'entendit rien d'anormal. Plusieurs faux bruits furent répandus çà et là, quoique je l'ignore, disant que des génies venaient vers elle la nuit lui apporter des aliments. Ces bruits sont dénués de tout fondement, et elle-même assurait qu'ils lui faisaient la plus grave offense. Et pour prouver que ces choses n'avaient aucune portée grave, des émanations de parfums firent découvrir à ceux qui l'interrogeaient un fait qui la justifiait et assurait fort bien sa bonne foi. On lui plaça sous les narines des tiges de rue, d'ormin et de millepertuis. Elle ne pouvait absolument les supporter, parce que ces odeurs fortes causaient une impression trop violente à son odorat. Cependant elle les souffrait sans incommodité dans un brûle-parfum pourvu qu'elles ne fussent pas trop approchées de son nez. En outre, la mère racontait, ainsi que d'autres personnes qui étaient présentes, que la jeune fille boitait habituellement des deux jambes, ce qui ne provenait d'aucune maladie, mais venait de naissance. La mère ayant été interrogée si pendant le temps de sa grossesse, à part le gonflement habituel du ventre commun aux femmes enceintes elle avait ressenti quelque chose d'anormal, elle répondit que tout s'était bien passé, qu'elle avait accouché heureusement et tout à fait à terme qu'elle avait mis au monde un enfant bien conformé et valide; ce que du reste beaucoup de ses voisines qui en avaient eu connaissance ont pu affirmer. De même pendant l'enfance et l'adolescence, la jeune fille ne souffrit rien, à part les maladies habituelles, la dentition, de légers malaises et la variole; en un mot, dans son enfance, elle avait toujours présenté les indices d'une bonne santé, quoique cependant elle ne fût pas aussi robuste que les enfants que la mère avait eus, avant et après elle, avec le même mari.

Après avoir pris toutes ces observations et beaucoup d'autres encore avec la plus grande diligence et le plus grand soin, les membres de la mission retournèrent chez eux et remirent le cas tout entier au premier magistrat. Ce dernier, pour plus de prudence, et connaissant toutes les particularités de l'affaire, afin d'éviter toute occasion de laisser un

doute dans les esprits, écrivit aussitôt aux gouverneurs voisins pour que la jeune fille fût transportée le plus commodément possible dans une litière, à la ville qui est à sept ou huit heures du village. Tandis que ces derniers s'efforçaient d'exécuter ce qu'on leur avait demandé, la jeune fille fut prise de suffocations et poussa des cris effroyables, s'opposant à ce qu'on l'emmenât hors de son pays. Sa mère seule, disait-elle, devait l'accompagner, parce qu'il n'y avait qu'elle qui pût convenablement manier et retourner ses membres affaiblis et débiles, et qu'elle ne pouvait souffrir les autres femmes qui n'avaient jamais été accoutumées à ces fonctions. On lui accorda volontiers cette faveur et elle fut amenée à la ville vers les derniers jours de février. On la plaça à l'hôpital de la ville, appelée l'Ile, dans une chambre chauffée, spéciale à elle et à sa mère. Plusieurs infirmières qui ont habituellement le soin dans l'hôpital des autres malades lui furent adjointes, de telle sorte qu'elles se succédèrent à tour de rôle le jour et la nuit. Il fut sévèrement interdit à toute personne d'apporter dans sa chambre soit des aliments, soit des boissons. La mère fut installée pour prendre ses repas avec les autres servantes dans une chambre plus grande, spécialement destinée aux femmes. Et il fut donné ordre à ces dernières de la surveiller activement en toutes ses actions et de relever ses moindres paroles. La mère cependant et sa fille (elles comprenaient facilement ce qui se faisait autour d'elles) ne pouvaient se passer l'une de l'autre. Au bout de deux jours, sous le prétexte de la reconduire à sa maison, la mère fut arrachée à la garde de sa fille. Elle fut aussitôt examinée par des gens spéciaux choisis par le magistrat. On ne trouva en elle aucune tentative de fraude ou de crime. Pendant ce temps, tandis qu'on la surveillait, il fut demandé aux gouverneurs des environs et surtout à celui d'Erlach et de l'île Saint-Jean de s'enquérir sur les mœurs, la vie et la réputation de cette femme, et ordre leur fut donné de venir au premier jour à la ville pour rendre compte de leur enquête au Sénat. Très peu de temps après, ces gouverneurs étant venus, ils n'eurent que du bien à raconter sur le compte de cette femme et assurèrent que, de l'avis de tous, sa réputation était sans tache et que toute sa vie avait été remplie par le travail.

Sur ces entrefaites, quand la fille se vit séparée de sa mère,

elle devint d'une grande tristesse, se lamentant et se tordant dans de telles convulsions que, même loin de sa chambre, ses cris et ses gémissements étaient facilement entendus. Un médecin, qui venait tous les jours la visiter en même temps que les malades confiés à ses soins, la consolait, ce que la plupart des autres faisaient habituellement, et lui affirmait que sa mère allait bientôt revenir vers elle. Ces paroles la calmaient un instant ; mais bientôt les cris et les convulsions recommençaient et elle réclamait sa mère avec plus d'ardeur. Le jour qui suivit sa séparation d'avec sa mère, pendant la nuit, une telle quantité d'humeur nauséabonde s'écoula par le méat urinaire que tout son lit en fut inondé au point que les couvertures et les matelas durent être changés. L'odeur qui se dégageait de cette humeur ressemblait à celle de l'urine qui est restée très longtemps dans un vase qu'on a oublié de vider. Mais (au dire de la jeune fille) cette humeur s'était écoulée sans douleur aucune. A la suite de cette perte, les battements du pouls devinrent plus fréquents et plus réguliers. Il arrivait des syncopes fréquentes que la jeune fille pressentait : elle demandait alors de l'eau froide, non pour la boire, mais pour y tremper ses mains un certain temps. Par ce moyen, elle revenait à elle, et recouvrait ses forces habituelles.

Cependant, l'innocence de la mère ayant été reconnue, par l'ordre du premier des magistrats, après huit jours d'internement, elle fut rendue à la liberté, et, se retrouvant constamment, avec sa fille, elle ramena en elle par sa présence la gaieté et cela d'une façon remarquable. Ce phénomène fut si prompt qu'elle commença aussitôt à revivre, et ce rapprochement redonna à son esprit le calme le plus complet. Pendant ce temps, ses surveillantes, qui, comme nous l'avons dit plus haut, lui avaient été adjointes, continuèrent leur surveillance sur la mère et la fille avec la plus grande rigueur, pour assurer la sincérité de l'expérieuce. Le maître de l'hôpital et sa femme les observaient dans les plus petites choses. Aucune substance ni solide ni liquide n'était introduite dans leur chambre. Enfin, deux semaines après la réunion de la mère à la fille, comme cette dernière restait continuellement dans le même état, on fut suffisamment convaincu qu'il n'y avait dans ce cas aucune supercherie, ni aucune fourberie. On leur donna pleine autorisa-

tion de retourner chez elles, ayant été reconnu que la mère ne pouvait, sans de grands dommages, abandonner les soins de sa famille. Sur l'ordre du juge, les mêmes personnes qui l'avaient amenée devant lui la reconduisirent dans la même litière.

Mais avant de terminer ce récit, il nous reste encore quelques petits détails à y ajouter. Premièrement, nous devons parler de la situation du pays où est née Apollonie et où elle a été élevée. Cette contrée est fort insalubre, l'air y est lourd et humide et l'été y dégage des miasmes pestilentiels. Là et dans les environs, le voisinage du lac y produit un grand nombre de marécages. Ce lac, grossi par les pluies ou les neiges, se répand largement, inondant les prairies et les champs d'alentour, et forme des lacs stagnants dont les eaux ne peuvent retourner dans son lit. Les rayons du soleil ne peuvent les dessécher pendant l'été, mais les forcent à se corrompre sur place. Il faut ajouter que non loin de là existe un immense marais, qui se répand au loin au milieu des trois lacs d'Yverdun, de Morat et de Bienne.

C'est dans un lieu semblable que la jeune Appollonie est née et a été élevée par des parents honnêtes et de bonne réputation. Son père était Stéphane Schreier et sa mère Marie Yung. Apollonie, au moment où nous écrivons ces lignes, au mois de mars de l'an 1602, avait dix-huit ans; toutefois, ses premiers jeûnes ne durèrent qu'un mois. Ses mœurs avaient toujours été pures et régulières au dire du plus grand nombre et surtout d'après les renseignements fournis par le curé de sa paroisse. Son caractère était également doux et plutôt taciturne que bruyant ; elle avait été très dévouée à remplir les fonctions domestiques. Elle était enfin pieuse et très assidue, tant que sa santé le lui avait permis, à entendre les prônes sacrés ; tous s'accordaient à le dire. Et voilà pourquoi comme rien au monde ne peut être tenté contre une maladie si terrible, et contre les perpétuelles défaillance de cette chère enfant, dont ses parents sont si accablés et se désolent tant, voilà pourquoi son père et sa mère demandent chaque jour à Dieu si bon, par les plus ardentes prières, qu'il daigne les délivrer eux et leur fille de cet épouvantable malheur.

DEUXIÈME NARRATION.

Il y avait déjà plus d'un an qu'Apollonie et sa mère avaient quitté Berne. Pendant toute cette période, d'après les rapports

et les dires les plus autorisés des gouverneurs des villages d'alentour, il fut pleinement reconnu qu'elle était toujours demeurée chez ses parents dans le même état, vivant sans boire ni manger. Nous avions eu ces renseignements quelques semaines avant d'écrire cette seconde narration. Aucun changement notable ne s'était produit dans son état et il n'y avait aucun doute, d'après nous, que la mort devait bientôt en résulter. Notre premier soin fut de demander au Sénat des lettres pour le gouverneur de l'île Saint-Jean. On lui demandait, pour le cas où la jeune fille viendrait à mourir, qu'il ne permît pas son ensevelissement avant d'en avoir annoncé sur-le-champ la nouvelle, à seule fin que l'on pût envoyer un médecin et un chirurgien qui, après avoir ouvert le corps de la malade, pourraient étudier avec le plus grand soin les causes de cette prodigieuse affection. Le Sénat consentit à donner ces ordres, que nous fîmes remettre au gouverneur par le tabellion de l'endroit, et nous-mêmes retournâmes de nouveau pour voir Apollonie. Et fort à propos, nous eûmes comme compagnon de route Fabrice Hildanus, chirurgien ordinaire célèbre par ses travaux et sa pratique éclairée, qui exerçait à Paterniacum, un des grands centres de notre République, et était depuis peu à Berne. Nous nous mîmes en route le 24 juin 1603. Les personnes qui nous accompagnaient étaient également des citoyens fort distingués. Il y avait D. Antoine de Grafenried le jeune, secrétaire du Sénat, homme digne sous tous les rapports tant par son âge, son esprit, ses nombreux travaux que par sa vertu et sa vie intègre, et Daniel Heinzius, architecte de notre gouvernement, jeune homme très spirituel et jouissant d'une grande réputation dans le monde des arts comme peintre, statuaire et instrumentiste. Il s'offrit gracieusement à nous pour faire le portrait de la jeune fille, qu'à mon avis il rendit avec la plus grande exactitude (Pl. I). Et non seulement il en fit le dessin, mais encore il la modela avec le plus grand art en cire et en plâtre.

Nous arrivâmes tous le lendemain, 25 juin, au village de Galz. Il était environ huit heures du matin. Nous revîmes Apollonie couchée dans le même lit et vivant encore, supportant son jeûne habituel. Nous la trouvâmes cependant quelque peu changée et plus abattue. Elle reposait couchée sur le dos, et ne pouvait plus demeurer ni sur le côté droit ni sur le gauche. Cela durait depuis plusieurs mois, et lorsque parfois

elle voulait se mettre sur le flanc, elle était tout à coup prise de suffocations.

Elle souffrait également des yeux, qui étaient rouges, mais il n'y avait aucun affaiblissement de la vue. Elle avait des bourdonnements d'oreilles, mais sans douleur et sans gêne pour l'ouïe qui était assez bonne, et dont la perception était normale. Une sueur abondante couvrait sa face qui tantôt se congestionnait et tantôt devenait pâle. La langue était, comme jadis, humide. rosée et molle au toucher. Mais une chaleur ardente sortait de sa bouche. Nous trouvâmes également que, depuis notre première visite, ses cheveux étaient revenus à leur longueur normale. On ne l'avait plus rasée, les poux et la vermine n'ayant plus reparu. Toute la face s'était tuméfiée, surtout le nez et les lèvres. Le menton, le cou et la gorge semblaient recouverts d'une vaste tumeur, et toutes ces parties étaient des plus douloureuses au plus léger contact.

Nous examinâmes sa poitrine. Elle était, comme l'année précédente, tout à fait émaciée et recouverte d'une peau sèche; les côtes faisaient saillie. L'enflure apparaissait alors, et tout autour de ses seins, qui jusqu'ici avaient été peu proéminents, s'était produit un œdème général, qui était très singulier. Car tandis que D. Fabrice et moi nous l'examinions, nous sentions une tumeur quelque peu dure et très douloureuse. La jeune fille pouvait à peine souffrir le moindre contact, non pas tant à cause de la douleur qu'elle ressentait, mais parce que ce contact produisait en elle des étouffements qui l'empêchaient de respirer. Bien plus, en pressant la région de l'estomac, les hypochondres, l'ombilic tout à fait appuyé sur la colonne vertébrale, en un mot toutes les parties du ventre (tous ces points étaient douloureux à la plus faible pression), elle se plaignait qu'elle ne pouvait en aucune façon respirer. On serra avec des courroies son bras droit. La veine médiane apparut pleine et noire. Les mêmes courroies furent appliquées à la main droite, et firent apparaître assez nettement les veines qui n'avaient rien d'anormal. Sur les mains, nous trouvâmes quelques pustules et de la gale. En pressant ces pustules, il sortait du pus et du sang. Et comme nous nous efforcions après l'avoir piquée avec une aiguille d'exprimer le plus de sang possible, elle commença à se plaindre et à pleurer.

Et ensuite, lorsque D. Fabrice se mit en devoir, avec une lancette à saignées, de lui piquer la jambe pour que nous puissions recueillir quelques gouttes de sang pur : elle poussa aussitôt des gémissements, et fit effort pour ramener sa jambe vers elle. Ce fut pour nous l'indice que les sensations étaient loin d'avoir disparu chez elle. Et cependant, elle était insensible aux mouches qui couvraient sa figure et toutes les parties de son corps qui étaient à découvert, quoique ces mouches fussent si nombreuses dans sa chambre, que nous tous en étions littéralement importunés. Ceci pouvait tenir à ce qu'elle y était habituée, ou, ce qui semble plus certain, à cause de l'épaisseur inusitée de son épiderme. Bien plus, comme elle l'affirmait elle-même, ainsi que ses parents, elle ne ressentait pas les atteintes du froid; car pendant l'hiver, on avait l'habitude de la transporter dans une huche, dans les maisons voisines, afin qu'elle ne restât pas seule chez ses parents (car c'est l'habitude pour les paysans des hameaux et des bourgs, durant les longues soirées de l'hiver, de se réunir après dîner, tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre, et de vaquer à leurs différents travaux à la lueur des lanternes) : on lui demandait si elle souffrait du froid, elle affirmait au contraire, que la température lui était complètement indifférente. Enfin, la première année de son jeûne, elle dormait de temps à autre. Lorsqu'elle s'éveillait, elle se plaignait beaucoup, et ressentait une extrême faiblesse. Mais depuis le commencement de cette année, elle n'avait pu complètement dormir, et elle était restée dans des veilles continuelles. Les autres observations sont semblables à celles de la première narration.

TROISIÈME NARRATION.

Nous avons expliqué dans la première narration, comment et dans quel état nous avions observé pendant l'été et pendant la canicule la jeune Apollonie et les symptômes de son mal, nous allons rapporter comment, d'après nos études et ce que nous savons, comment elle était l'hiver. Nous partîmes donc aux ides de février de l'année 1604. Il faisait un vent furieux. J'étais accompagné seulement d'un apothicaire, François Regis, compagnon très honorable. Nous arrivâmes un peu avant la nuit et à l'improviste à la maison de la jeune fille. Aussitôt qu'elle nous eut aperçu, la mère se précipita à notre

rencontre. Elle nous salua d'abord, nous regarda d'un air presque joyeux et nous salua à nouveau avec empressement. Elle nous introduisit sur-le-champ près de sa fille. Nous la retrouvâmes toujours sur son lit.

Dès qu'elle m'eut aperçu, m'ayant déjà vu souvent autrefois, elle reconnut aussitôt qui j'étais, et, me gratifiant de titres aimables, elle me sourit avec reconnaissance, et me saisit la main droite. A la vérité nous trouvâmes l'état de son corps à peu près semblable à ce qu'il était autrefois, mais ses forces s'étaient accrues considérablement depuis l'année précédente. Le pouls était normal au poignet et en le tâtant nous le sentîmes régulier. Elle avait bien plus rarement le délire. La couleur de son visage était plus vive. Quant à la tuméfaction de la face dont elle était atteinte l'été dernier, nous eûmes la satisfaction de voir qu'elle avait complètement disparu. Seule la tumeur des seins était restée, mais moins douloureuse. Le ventre était toujours fortement déprimé vers la colonne vertébrale, comme jadis. La jeune fille et sa mère nous racontèrent, que très peu de temps après notre deuxième visite, il s'était produit à la partie droite de la tête une chute de cheveux. Nous remarquâmes effectivement que les cheveux étaient tombés sur cette partie, et que toute la région apparaissait dénudée. Sur le côté gauche, ils commençaient à devenir rares. Pour le reste, aucun changement n'était à signaler. C'est pourquoi, comme il faisait déjà nuit, nous sortîmes après avoir souhaité le bonsoir à la jeune fille, et nous nous rendîmes chez le gouverneur d'Erlach, que nous interrogeâmes sur le cas qui nous intéressait, mais il affirma qu'il n'avait pu rien apprendre autre chose que ce que nous avons rapporté.

Appendice à la troisième narration.

Environ aux ides de mai 1604, l'aîné des frères d'Apollonie, qui est un des juges de son pays, vint me trouver pour me consulter sur une maladie qu'il avait depuis quelque temps. Lui ayant demandé comment allait sa sœur malade, il m'assura qu'elle était dans le même état, et surtout qu'elle semblait plus faible pendant les chaleurs de l'été que pendant l'hiver, qu'elle avait de fréquents délires et que des sueurs froides lui couvraient le visage. Il me dit qu'il désirait ardemment que je vinsse voir sa sœur, ce que je lui promis de

faire. Il me raconta également que la chute des cheveux, dont nous avons parlé plus haut, qui s'était produite du côté droit de la tête, avait envahi le côté gauche, et il pensait que d'ici peu le crâne serait entièrement mis à nu. (Traduction de A. ROUSSELET.)

Nous serons bref de commentaires sur l'Histoire admirable qui précède. Il nous semble inutile d'insister sur les précautions prises pour s'assurer d'une façon indiscutable de la réalité du jeûne. Notons que le jeûne qui s'est prolongé, au dire de l'auteur, pendant plusieurs années, avait été précédé de jeûnes d'une courte durée et que la malade prenait de moins en moins d'aliments avant d'arriver à l'abstinence réputée complète : c'est exactement ce qu'on a observé chez les jeûneurs mystiques, comme François d'Assises, le diacre Pâris, etc. La suppression des selles et des urines, la suspension des règles, etc., se retrouvent dans la plupart des cas de ce genre.

A quelle maladie rattacher les phénomènes observés chez Appollonie ? Le peu de sensibilité au froid (p. 132); douleur occupant le sommet de la tête (*clou*), exaspérée par le passage du peigne; les troubles du sommeil (rêves, cauchemars, paroles, fatigue au réveil, etc.); l'obtusion du sens du tact; l'hyperesthésie de l'odorat; les douleurs intermittentes siégeant autour de la poitrine, aggravées par le palper et accompagnées d'oppression; les pleurs abondants, les syncopes, les suffocations, le délire, les convulsions, l'ischurie, l'absence de selles, — nous paraissent constituer un ensemble de symptômes suffisant pour faire penser que Appollonie Schreyer était atteinte d'hystérie.

Tel qu'il est, et bien que Paulus Lentulus n'ait pas complété — ainsi qu'il l'avait promis — sa narration, ce cas nous a paru devoir intéresser nos lecteurs, les histoires, plus ou moins véridiques, de jeûneurs étant aujourd'hui à la mode [1]. BOURNEVILLE.

[1] Ce fait est à rapprocher du cas de *Louise Lateau* ou la *stigmatisée belge* dont nous avons publié l'histoire; — du *Cas d'un idiot jeûneur*, inséré dans le *Compte rendu du service* de Bicêtre pour 1880. Citons encore, à titre de curiosité : *Histoire de l'inappétence d'un enfant de Vauprofonde prez Sens, de son désistement de boire et de manger quatre ans unze mois et de sa mort*, par Siméon de Provenchères, médecin du Roy. A Sens, chez Georges Niverd, etc.; MDCXVI. — Nous avons étudié très attentivement l'histoire des jeûneurs dans une conférence faite le 20 mars 1880, à la Bibliothèque populaire du XIIIe arrondissement, intitulée : *les Jeûneurs : François d'Assises, le diacre Pâris et les convulsionnaires de Saint-Médard*, conférence que nous publierons un jour.

SÉNAT

—

Séance du jeudi 25 novembre 1886.

DISCUSSION DU PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS.

M. LE PRÉSIDENT. L'ordre du jour appelle la première délibération du projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Quelqu'un demande-t-il la parole pour la discussion générale ?

M. DUPRÉ, *président de la commission*. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Dupré.

M. DUPRÉ, *président de la commission*. J'abuserais certainement de la bienveillante attention du Sénat si je cherchais à démontrer, en ce moment, l'importance du projet de loi soumis à ses délibérations.

Il n'est, dans cette enceinte, personne qui ne la méconnaisse, personne qui ne sache que la loi en préparation est destinée à régler la situation dans le monde des plus infortunés des hommes, à soulager ou à guérir les plus cruels des maux ; qu'elle doit, en outre, donner satisfaction à un intérêt social de premier ordre et aux préoccupations légitimes et sans cesse grandissantes de l'opinion publique. Toute insistance sur ce point serait donc inutile. Ce n'est pas pour cela que je suis à la tribune ; et si j'y suis le premier, croyez, messieurs, que c'est moins pour exercer un droit que pour répondre à un désir formel, unanime et réitéré de la commission dont j'ai l'honneur d'être le président.

Elle a pensé qu'il serait bon, utile, nécessaire peut-être, d'inaugurer le débat par un exposé sommaire des vues générales de la commission sur l'ensemble du projet, d'indiquer les principes qui lui servent de base, de rappeler ses origines, ses moyens et son but. Cette tâche, qui n'est pas sans péril, elle m'a fait l'honneur de me la confier. J'ai presque dit de me l'imposer. Je l'ai acceptée comme un devoir ; ce devoir, je vais essayer de le remplir. (Très bien !)

Je n'ai pas besoin de dire que je négligerai tous les détails du projet, quelque intéressants, quelque importants qu'ils puissent être ; je me contenterai d'en préciser le caractère général et de poser quelques jalons sur les points culminants, sans même m'astreindre

à suivre le plan et la savante ordonnance du rapport si complet et si consciencieux de mon éminent collègue M. Théophile Roussel. Ils vous permettront de voir d'un coup d'œil la route à parcourir, son étendue, le nombre et l'importance des stations, les idées fondamentales et leur enchaînement.

La commission en a abordé l'étude avec le sentiment profond de la grandeur, de la difficulté de sa tâche et, par conséquent, de sa responsabilité. Nous savions tous que nous avions à préparer une de ces lois redoutables qui engagent les intérêts éternels de l'humanité, de la société, de la famille, une loi qui touche aux questions les plus élevées de la morale, de la sécurité, de l'assistance publique, autant qu'à la liberté individuelle ; une loi dont les hommes d'Etat, les jurisconsultes, les magistrats, les publicistes se sont occupés, comme les médecins ; enfin, une loi qui, à côté des méditations silencieuses des philosophes, a soulevé des débats retentissants dans les académies et les Parlements.

Le nombre des problèmes posés, la gravité des uns, la redoutable simplicité des autres, la délicatesse extrême de quelques-uns, la difficulté de tous, l'obligation de chercher partout des éléments de solution, d'invoquer dans ce but les lumières, l'expérience des hommes les plus considérables, les plus compétents dans toutes les hiérarchies, d'étudier attentivement les législations étrangères dans les textes, d'entreprendre des voyages dans diverses parties de l'Europe, pour en voir l'application sur place, expliquent la durée de nos travaux et justifieront, je l'espère, cette lente évolution, qui a irrité les uns, découragé les autres, sans jamais ralentir l'ardeur de votre commission. (Très bien ! très bien !) Elle ne demande pas que l'on tienne compte de ses efforts autrement que pour les considérer comme un gage de la solidité des solutions qu'elle propose et de la confiance qu'elles doivent inspirer.

L'énoncé du problème fut l'objet de nos premières préoccupations. En le posant, le gouvernement ne demandait pas une loi nouvelle sur les aliénés, il acceptait en principe la loi existante, la loi de 1838. Dans sa pensée, cette loi célèbre devait être en grande partie conservée : il suffirait de la rajeunir, de la mettre en harmonie avec l'état actuel de la société, de la compléter conformément à des besoins nouveaux et reconnus.

La question ainsi posée, pouvions-nous l'accepter? La loi de 1838 pouvait-elle réellement servir de base et de solide point d'appui à nos études? La question était grave, la réponse ne pouvait être improvisée.

Personne nignore, en effet, que dans le cours de son existence demi-séculaire, cette loi a été l'objet d'appréciations diverses, quelquefois absolument contradictoires. Ce qui est certain, ce que personne ne conteste, c'est que cette loi fut préparée avec

une conscience extrême. Il n'en est pas qui aient subi de plus laborieuses méditations et donné lieu à de plus éclatants débats.

Ces débats mémorables, j'ai la douleur, j'ai la satisfaction de dire que j'y ai assisté. J'étais jeune alors, j'étais l'élève d'Esquirol et de Ferrus, les promoteurs principaux de la loi de 1838. C'est grâce à ces maîtres illustres qui m'honoraient de leur bienveillance que j'obtins l'autorisation de les suivre à la Chambre des députés comme à celle des pairs.

Le gouvernement de la République a jugé bon de les reproduire. En les lisant dans un tirage à part qui nous a été communiqué, j'ai retrouvé, avec les souvenirs de ma jeunesse, l'impression ineffaçable qu'ils avaient produite sur mon esprit. Pouvais-je croire alors que j'aurais un jour à les évoquer devant le Sénat? Mais puisque le devoir nous y oblige et que nous avons à nous occuper aujourd'hui du même sujet, puissions-nous, nous montrer digne de nos éminents prédécesseurs !

Accueillie avec une respectueuse admiration, considérée comme une loi libératrice sauvegardant avec vigilance les droits sacrés de la liberté, les égards que l'on doit aux familles et les garanties non moins précieuses de la société ; comme une loi charitable et humanitaire où l'on voit pour la première fois, d'accord la science et la justice, elle est aujourd'hui l'objet d'attaques passionnées, violentes, forcenées. On la déclare arbitraire, funeste, barbare.

On affirme que, par elle, la liberté individuelle a été et demeure exposée à d'incessants périls; qu'un grand nombre de ses victimes gémissent au fond des asiles ; qu'elle a toujours été et qu'elle demeure un instrument de servilité pour les médecins, de vengeance pour les gouvernements, de cupidité pour les familles. Enfin, un journal français des plus sérieux résumait naguère ces griefs en s'écriant : « Qui pourra jamais dire les vengeances privées qui ont pu se commettre à la faveur, on peut dire hardiment avec la complicité de la loi de 1838 ? »

Ces graves accusations ont eu un immense retentissement. Pour les justifier, on a multiplié les faits de séquestration arbitraire. La plupart sont imaginaires. La presse les a colportés et accrédités dans le monde ; on les a présentés au théâtre et dans les romans d'une façon dramatique, retentissante. Ils ont profondément ému l'opinion, troublé la conscience publique et créé un courant qui, en pénétrant dans les Parlements, a hâté le dépôt du projet de loi dont nous sommes saisis.

Pour les uns, conserver la loi de 1838 est un devoir rigoureux ; ils sont convaincus qu'on ne saurait en faire une meilleure et que pour la rendre parfaite il suffirait d'en assurer et régulariser le fonctionnement. Les autres voudraient qu'il n'en restât pas vestige. Entre ces vues si différentes, la commission avait à faire un choix. Elle l'a fait avec maturité, sans précipitation ; elle a

examiné avec une souveraine indépendance les griefs anciens, nouveaux, contemporains ; pris l'avis des hommes les plus compétents, les plus consciencieux, les plus honnêtes des hommes qu'aucune passion ne trouble, qu'aucun intérêt n'aveugle ; des magistrats, des jurisconsules, des publicistes, comme des médecins, des aliénistes ; consulté les corps savants et surtout le plus illustre et le plus autorisé dans l'espèce, l'Académie nationale de France. Et aujourd'hui, résumant l'ensemble de ces appréciations, je déclare, au nom de la commission unanime, que la loi de 1838 fut excellente en son temps, que son apparition combla une grave lacune dans nos lois de bienfaisance et réalisa un immense progrès.

Inspirée par le sentiment le plus profond des besoins de l'humanité, elle porte l'empreinte des éminents esprits qui l'ont libellée, et l'on peut dire avec hardiesse que les services qu'elle a rendus aux aliénés, à leurs familles, à la société, sont aussi nombreux qu'incontestables. Aurait-elle reçu les témoignages d'admiration et de respect qu'on lui a prodigués, les nations étrangères l'auraient-elles prises pour modèle si elle eût présenté les dangers qu'on lui attribue ?

Enfin, messieurs, je crois pouvoir dire sans témérité que parmi nos lois d'exception il n'en est aucune qui honore nos codes à un plus haut degré. Espérons qu'en tombant de cette tribune, empreintes de la gravité et de l'autorité des déclarations sérieusement motivées de la haute Assemblée, ces paroles calmeront les esprits, apaiseront l'opinion si facile à émouvoir en ces matières, mettront définitivement un terme à de déplorables controverses, et que, s'il en est besoin, la loi de 1838 sortira de nos débats absolument réhabilitée. Le gouvernement a donc agi avec sagesse en la conservant et en se bornant à en demander la révision.

Empressons-nous de déclarer que cette révision s'impose et que certains événements récents semblent lui donner un caractère d'urgence. Depuis un demi-siècle, le milieu social s'est profondément modifié, la science a fait de grands progrès, l'expérience a fourni de précieux enseignements ; l'humanité a conquis de nouveaux droits, la civilisation créé de nouveaux besoins, dont la démocratie réclame la légitime satisfaction.

Quelque excellente que soit la loi de 1838, elle n'est plus en harmonie complète avec l'état actuel de la société. Inattaquable dans son esprit, le Gouvernement et la commission la considèrent comme perfectible dans son application.

En portant la main du réformateur sur l'œuvre de 1838, nous n'avons pas cédé à un vain désir d'innovation, mais à des nécessités pressantes, évidentes, à un courant d'opinion dont il est impossible de ne pas tenir compte. D'accord avec le Gouverne-

ment sur bien des points, la commission, s'inspirant de son initiative sur d'autres, l'a profondément modifiée, mais avec la prudence que commande l'intérêt social. Elle s'est efforcée d'en combler les lacunes, de suppléer son insuffisance, de remédier à des maux qu'elle n'avait pas prévus, de donner à la liberté individuelle des garanties plus sérieuses, de déjouer les calculs de la fraude, de sauvegarder, autant qu'il est humainement possible de le faire, les malades et leurs biens, la société et la famille. Tel est le but du projet de la commission au nom de laquelle j'ai l'honneur de parler.

Cette commission, le Sénat ne l'a pas formée à la légère. En la composant de six docteurs en médecine, d'un magistrat, d'un jurisconsulte, d'un administrateur, il semble avoir voulu préciser d'avance le caractère dominant de la loi nouvelle et indiquer les éléments principaux de sa constitution. Il paraît avoir voulu déclarer que la loi à intervenir devait être, comme la loi de 1838, une loi d'humanité, de bienfaisance, d'assistance publique ; en un mot, une loi essentiellement médicale.

N'oublions jamais ce point fondamental : « Un aliéné est un malade ». Aujourd'hui, cette affirmation paraît être une banale naïveté ; il n'est pourtant que trop vrai que pendant des siècles on a considéré la folie comme une punition du ciel, une possession du démon, comme une faute, un vice, un crime, et qu'il a fallu arriver à la loi du 27 mars 1790 et à Pinel, qui les premiers ont fait entendre ces paroles mémorables : « La folie est un mal du ressort de la médecine ». Le rôle du médecin est donc naturellement, nécessairement, forcément prépondérant. Son intervention est commandée par la nature même des choses.

Savoir si un individu est fou ou ne l'est pas, s'il est responsable ou non ; trancher avec assurance le redoutable problème de la liberté morale ; apprécier l'influence de la thérapeutique et du temps sur l'état mental ; affirmer la guérison et fixer l'heure de la délivrance, ne sont pas questions que le simple bon sens puisse résoudre. En leur présence, les philosophes, les administrateurs, les hommes d'État, les publicistes, les magistrats, — et je parle des plus éminents, — sont condamnés à reconnaître leur incompétence et à invoquer des lumières spéciales, et l'on peut dire sans hésitation que la question des aliénés n'a en réalité qu'une base solide : la maladie qu'il faut reconnaître, le malade qu'il faut soigner ; qu'un but : la société qu'il faut préserver.

Il faut pourtant reconnaître et affirmer hautement que si les aliénés sont des malades, ce ne sont pas des malades ordinaires. On ne leur applique pas les règles communes de la clinique ; on ne les traite ni de la même manière, ni dans les mêmes conditions et les mêmes milieux. Un fou n'a généralement pas conscience de son mal ; il en conteste souvent l'existence ; il n'accepte

aucun conseil et se refuse à tout traitement. Si on le lui impose par la force, on le contrarie, on l'irrite; il peut devenir, il devient souvent dangereux. Il faut donc qu'une volonté étrangère se substitue à la sienne, pense et agisse pour lui, souvent malgré lui, quelquefois contre lui. De là l'obligation de le priver de sa liberté, de l'éloigner de la société, de la famille et des milieux où son mal a pris naissance; de modifier profondément ses habitudes, de changer ses relations, de lui créer une existence nouvelle, dont le mot *isolement* résume la caractéristique. Si, malgré tout, il devient dangereux pour les autres ou pour lui-même, la *contrainte* s'impose. *Isolement, contrainte*, questions graves, difficiles et neuves, soulevant à chaque pas des problèmes délicats; questions médicales sans doute, mais aussi questions d'Etat, de capacité, de liberté, et, comme telles, ressortissant au pouvoir qui, seul en France, a le droit de supprimer la liberté, de protéger les incapables : le pouvoir judiciaire. Isolement, contrainte, il sera beaucoup question d'eux dans le cours de nos débats.

Pour le moment, je dois me borner à vous en signaler l'importance et vous dire qu'à côté de l'action médicale reconnue de première nécessité, le Gouvernement a proposé, et la commission a accepté, à la majorité de ses membres, celle de la magistrature provoquée et mise en jeu par le procureur de la République. Enfermer dans un asile un homme qu'on soupçonne aliéné, le priver ainsi de sa liberté, est une mesure que l'intérêt public peut commander et justifier, mais à condition qu'elle soit provisoire.

L'intervention du pouvoir judiciaire peut seule rendre définitives les décisions préalables de la science. Ces deux pouvoirs, en s'unissant, se fortifient, se contrôlent avec menace et s'éclairent réciproquement. On chercherait vainement le danger de leur association. L'un parle au nom de la santé et de ses besoins; l'autre, au nom de la liberté et de ses droits. Isolés, ils peuvent prendre le caractère de l'arbitraire, ils le perdent par leur union. Je ne parle que pour mémoire des responsabilités qu'ils diminuent en les étendant.

Le principe admis, il ne s'agissait plus que de trouver le mode et la mesure de son application. La commission, d'accord sur ce point avec le Gouvernement, croit les avoir trouvés, en exigeant pour tout placement définitif, volontaire ou d'office, la décision gracieuse, tutélaire, du tribunal en chambre du conseil, décision qui n'excite pas la répugnance des familles, qui s'obtient rapidement, simplement et sans l'appareil, quelquefois alarmant, toujours troublant, des procès ordinaires. C'est une décision de haute tutelle sociale.

Cette disposition nouvelle est la première et la plus sérieuse

garantie donnée à la liberté individuelle par le projet que nous vous présentons, mais elle n'est pas la seule. La législation dont nous proposons l'adoption veut, en outre, que l'action médicale dont nous avons cherché à démontrer l'importance et l'indispensable intervention, s'exerce, non seulement avec compétence, mais avec des caractères indiscutables d'autorité scientifique et de moralité.

L'article 8 de la loi de 1838 exigeait bien pour tout placement volontaire un certificat de maladie signé par un médecin; mais ce document pouvait être délivré par un officier de santé.

On n'imposait à sa formule aucune des conditions qui commandent la confiance. Celles que nous exigeons aujourd'hui impriment à cette attestation fondamentale, à cette pièce introductive, une sécurité absolue. Le Gouvernement aurait voulu appliquer sur ce point les dispositions de la loi anglaise qui exige l'attestation concordante de deux médecins. Il partage aujourd'hui, et je suis heureux d'en donner l'assurance, la pensée de la commission. Elle est convaincue que la rigoureuse observance des nouvelles formules du certificat, ou rapport médical, peut dispenser de l'intervention souvent difficile, quelquefois impossible, d'un nouveau confrère.

Si la loi de 1838 offrait des lacunes et des imperfections aux divers points de vue qui viennent de nous occuper, si elle ne donnait pas à la liberté individuelle des garanties suffisantes, s'il a été reconnu bon, nécessaire, urgent de la modifier pour que jamais, sous prétexte de philanthropie, on ne puisse porter atteinte à la liberté individuelle, elle présentait des omissions plus graves encore au point de vue de la surveillance à exercer sur les aliénés, une fois qu'ils sont admis dans un asile et qu'ils y sont maintenus. La loi de 1838 était non seulement insuffisante à ce point de vue, elle était absolument muette : le besoin de la compléter, absolument évident et pressant.

Surveiller le service des aliénés, c'est sauvegarder la liberté dans toutes les circonstances où elle peut être menacée; c'est contrôler la légitimité de l'admission, la nécessité de la maintenue, la constatation de la guérison et l'opportunité de la sortie; c'est protéger l'aliéné dans sa personne et dans la conservation de ses biens. Il n'est pas de service public qui doive éveiller à un égal degré la vigilance de l'autorité, aucun dans lequel les erreurs soient plus graves et les abus plus faciles. De tous les temps et dans tous les pays on en avait reconnu la nécessité; mais, tandis que les nations étrangères perfectionnaient sans cesse leur législation sous ce rapport, que la loi anglaise était progressive, prévoyante, complète, la France demeurait stationnaire. La loi de 1838 n'a pas fait un pas dans ce sens, et les fonctionnaires qui sont chargés de l'appliquer reconnaissent eux-

mêmes leur insuffisance : ils avouent que les aliénés connus et internés sont surveillés très incomplètement; mais que ceux qui se trouvent en dehors des asiles, ne le sont pas du tout. Or, le nombre de ces derniers est considérable, puisque, d'après les plus récentes statistiques, il égale à peu près celui des malades connus et internés.

C'est là, messieurs, une des lacunes les plus graves de la loi de 1838, une de celles qui ont surexcité au plus haut degré les préoccupations publiques et provoqué les réclamations.

En Angleterre et en Ecosse, la surveillance et le contrôle du service des aliénés ont été élevés à la hauteur d'une institution fondamentale. Les *commissionners in lunacy* exercent de véritables fonctions publiques; ils étaient sous la direction de lord Shaftesbury, que l'Angleterre a eu le malheur de perdre récemment. Leur pouvoir, au point de vue de la surveillance, est absolu, illimité. Il constitue la plus sérieuse et peut-être la seule garantie pratique possible contre les séquestrations arbitraires.

Cette situation de la loi française ne pouvait se continuer; il était nécessaire de la modifier profondément, et c'est en s'inspirant des législations étrangères, et surtout de la législation anglaise et écossaise, que votre commission a cherché à organiser la surveillance en France. Cette partie du projet de loi est importante et neuve. Elle est due à l'initiative de votre commission. Elle comble une lacune qui existe aussi bien dans la loi de 1838 que dans le projet de révision du Gouvernement. Elle constitue la section II du titre Ier, et les articles de 11 à 16 qui la composent. Elle propose de créer dans chaque département, à titre permanent, une commission dans laquelle seront associées toutes les compétences, judiciaire, administrative, financière, médicale. Cette dernière y sera représentée par un docteur en médecine aliéniste, nommé par le ministre, fonctionnaire de l'Etat et salarié. Il en sera secrétaire.

Cette commission permanente aura les pouvoirs les plus étendus pour tout ce qui regarde la régularité de l'internement : admissions, maintenues, sorties; pour constater l'état moral et en suivre les modifications ; se préoccuper de la santé du malade et des soins que l'on prend de lui; pour l'administration de ses biens. C'est elle qui recevra ses réclamations et les jugera ; c'est elle enfin qui sera chargée de faire un rapport annuel sur l'ensemble du service. Sa sollicitude s'étend à tous les aliénés de la circonscription, dans quelque lieu qu'il puissent se trouver, en dedans ou en dehors des asiles. J'ai déjà dit que ces derniers sont en nombre aussi considérable que les premiers, environ 50,000.

Errant dans les villes, vagabondant dans les campagnes, enfermés dans des prisons, sequestrés dans leurs familles, objets de

dérision ou de mauvais traitements, ils vivent souvent dans l'abandon, sans que l'autorité s'en préoccupe, tantôt parce qu'ils ne sont pas signalés, tantôt parce qu'ils sont inoffensifs. Cet abandon coupable, ce délaissement honteux, cette indifférence administrative ne sont plus de notre temps. La commission a compris qu'il convenait d'y mettre un terme. Elle a reconnu que tout aliéné doit être connu, officiellement signalé ; elle a donné à la commission permanente le soin de les surveiller, et dans ce but, quand les circonstances l'exigent, de pénétrer jusque dans le sein des familles. Pour faciliter leur admission dans les asiles, la commission, d'accord avec le Gouvernement, exige que chaque département ait un établissement public d'aliénés, en permettant à deux ou plusieurs circonscriptions départementales de s'associer dans ce but. Elle leur donne encore l'autorisation de traiter, pour leurs aliénés, avec un établissement voisin, public ou privé.

Ces commissions départementales permanentes, avec les attributions importantes qu'on propose de leur donner, sont incontestablement l'un des rouages principaux de la loi nouvelle. Elles sont dominées elles-mêmes par une inspection générale réorganisée, fortifiée, et par un comité central qui les relie et qui exerce son influence sur l'ensemble du pays.

Vous le voyez, ces commissions superposées présentent plusieurs degrés hiérarchiques de surveillance qui se contrôlent l'un l'autre et qui sont centralisés dans un comité spécial relevant de l'État. Elles n'ont aucun rapport avec les anciennes commissions instituées par la loi de 1848 pour les asiles publics, privés ou quartiers d'hospice faisant fonction d'asile public.

Ce sont là, messieurs, des innovations quelque peu hardies. La commission ne les a adoptées qu'après le plus mûr examen et l'observation attentive des résultats constatés à l'étranger. Elle les soumet avec confiance à votre libre discussion.

Même lacune dans la loi de 1838 au sujet des aliénés dits criminels, et même insuffisance du projet du Gouvernement. Votre commission s'est appliquée à combler la première et à compléter la seconde.

L'appellation d'aliénés criminels est grave ; elle a le tort de confondre ceux qui, sains d'esprit au moment où ils ont commis un crime, sont devenus aliénés pendant leur expiation, et ceux qui étaient réellement aliénés au moment du forfait. Les premiers seuls méritent le titre de criminels ; les seconds sont des irresponsables considérés comme innocents.

Ni les uns ni les autres ne peuvent être placés dans les asiles avec les aliénés ordinaires : les premiers, parce qu'ils sont réellement criminels et qu'ils excitent la répulsion des familles ; les seconds, parce que, tout irresponsables qu'ils sont, on ne saurait

oublier qu'ils ont commis un premier crime sous l'influence d'impulsions délirantes qui peuvent se renouveler avec les mêmes suites désastreuses.

Si la justice humaine n'a pas le droit de condamner les irresponsables, elle a au moins le devoir de les mettre dans l'impossibilité de nuire. Ni les uns ni les autres ne peuvent subir le traitement des prisonniers vulgaires et être soumis rigoureusement au même régime pénitencier. Il faut pour eux des installations spéciales, des quartiers annexés aux maisons centrales, comme le Gouvernement en a fait l'essai à la maison centrale de Gaillon, ou des établissements nouveaux construits aux frais de l'Etat, comme le merveilleux établissement de Broadmor que les délégués de votre commission ont visité en détail pendant leur séjour en Angleterre, dirigés et conduits par le savant directeur de cette maison, le docteur Orange, homme aussi distingué par son talent que par sa courtoisie.

Assimilés aux asiles, au point de vue des soins que l'humanité commande et des besoins dont l'aliénation impose la satisfaction, on ne peut oublier que ces aliénés sont frappés par la loi pénale, qu'ils doivent être confiés à l'administration pénitentiaire, qui leur impose l'installation, le régime administratif, la discipline des prisonniers.

Jusque-là, le problème est relativement simple ; mais il se complique beaucoup et s'empreint d'une extrême délicatesse quand il faut résoudre la question de savoir ce qu'il faut faire d'un aliéné criminel alors qu'il est arrivé au terme de son expiation.

Le retenir indéfiniment paraît inique ; le remettre en libre pratique, des malheurs récents nous en ont montré le danger; les placer dans un asile paraît peu régulier. Ce qui est admis par tout le monde, c'est que les malheureux dont nous nous occupons ne peuvent rentrer dans la société sans précautions. Ce sont ces précautions qui ont fait l'objet de notre attention, mise en éveil par de retentissantes catastrophes. La commission est arrivée à cette conclusion, que la sortie d'un des aliénés dont nous parlons n'aura lieu qu'en vertu d'une décision de la chambre du conseil, après avis de la commission permanente.

La nouveauté de la plupart de ces questions dans notre législation, leurs conséquences financières, les difficultés juridiques qu'elles soulèvent, l'insuffisance du projet du Gouvernement pour la solution qu'elles réclament, sont longuement et savamment discutées dans le rapport. Je n'y insisterai pas davantage, et je termine sur ce point en disant que la rentrée de l'aliéné dans la vie libre doit être dominée par un intérêt supérieur, celui de la sécurité publique; mais que la justice et l'humanité demandent que cette règle soit appliquée avec modération.

Voilà les points principaux du projet de loi sur lesquels j'ai cru

nécessaire de fixer votre attention. Mais est-il besoin de rappeler au Sénat que tout progrès dans la législation est nécessairement lié à une dépense, car toutes les lois nouvelles, tout perfectionnement dans les anciennes, imposent des sacrifices? Il serait surpris si je descendais de cette tribune sans lui parler de ceux qui vont être la suite de notre projet.

La France n'apprendra pas sans étonnement que ce grand service des aliénés, qui tend à se perfectionner incessamment et à devenir un service d'Etat, ne coûte rien aux finances du Gouvernement, que pas un centime n'est inscrit en sa faveur dans ce gros chiffre de 65 millions du ministère de l'intérieur. Les dépenses qu'il entraîne s'élèvent à 21 millions; elles sont supportées exclusivement par les départements, les communes, les familles, tandis que l'Angleterre, en laissant l'Ecosse à part, inscrit 15 millions sur son budget d'Etat. L'on s'étonne vraiment que chez nous le Gouvernement se désintéresse financièrement de ce service, quand celui des enfants assistés lui impose une très forte contribution. Je ne veux diminuer en rien l'importance de cette administration secourable. Les services qu'elle rend sont incontestables, l'intérêt qu'elle inspire est légitime et général; mais qui oserait soutenir que celui des aliénés n'est pas digne de la même sollicitude et des mêmes sacrifices?

Enfin, nous avons introduit dans la loi des rouages nouveaux, relatifs à la surveillance et au contrôle, avec des fonctionnaires salariés qui n'existaient pas; il faut ou se priver de leurs services ou les payer.

Il serait vraiment étrange que l'Etat qui les nommera, qui présidera à toute l'organisation, qui commandera, qui surveillera, contrôlera, ne payât pas. Les droits ne vont pas sans les devoirs. Nous ne voulons imiter l'Angleterre ni dans ses largesses, ni dans ses munificences; mais nous voulons adopter son principe, c'est-à-dire attacher un salaire à une responsabilité. Nous voulons aussi, comme elle, adopter l'expédient à l'aide duquel les aliénés et ceux qui en vivent doivent contribuer en partie aux dépenses de la surveillance et du contrôle. Cette question financière, ce budget des recettes et des dépenses qui vous est présenté, est une des innovations principales introduites par la commission en dehors du projet du Gouvernement.

Telle est, messieurs, l'indication sommaire du vaste ensemble sur lequel vous allez délibérer. La commission vous présente des solutions qu'elle croit pouvoir répondre à tous les besoins. Elles sont le fruit de ses méditations profondes, de ses études attentives et soutenues. Si, au premier abord, elles vous surprennent, veuillez y réfléchir comme nous y avons réfléchi nous-mêmes, et nous avons la certitude que vous arriverez aux mêmes conclusions. (Très bien! très bien!)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à monsieur le rapporteur.

M. THÉOPHILE ROUSSEL, *rapporteur*. Messieurs, après le discours que le Sénat vient d'entendre, j'abuserais de son attention si je venais reprendre à cette tribune les questions préliminaires, les précédents historiques ou les généralités, quelque intéressants qu'ils puissent être, de ce vaste sujet de la révision de la loi sur les aliénés. Mais précisément parce que ce sujet est fort étendu et qu'il est très complexe, il me semble que j'ai, comme rapporteur, le devoir de présenter, avant de passer à la discussion des articles, quelques explications de détail sur ce travail de révision que le Gouvernement a entrepris en 1881, et auquel la commission du Sénat s'est attachée pendant plus de deux ans avec une application assidue. M. le président de la commission ne m'a laissé que bien peu de chose à dire sur la loi du 30 juin 1838.

Je me bornerai donc à signaler à l'attention du Sénat quelques points qui se lient plus étroitement à l'œuvre de sa révision. Assurément, je ne voudrais pas rabaisser la loi dont a parlé M. le président de la commission en termes si justement admiratifs, en disant qu'elle a été une loi de circonstance. J'ai eu à cœur, moi aussi, de lui rendre justice en déclarant, dès les premières lignes de mon rapport, qu'elle a été conçue dans les vues les plus humaines, préparée avec des soins exceptionnels par des esprits très éclairés et qu'elle marque une grande date dans l'histoire des aliénés en France.

Je dois rappeler cependant — et ceci est important pour nos débats — que cette loi a été faite sous l'empire de circonstances, sous la pression de besoins fortement sentis qui ont dominé l'œuvre du législateur de 1838, et qui expliquent, à côté de ses mérites incontestables, les défauts et surtout les lacunes qui en motivent la révision.

M. le président de la comission signalait tout à l'heure à l'attention du Sénat les volumes publiés récemment par le Gouvernement, et qui reproduisent les délibérations des deux Chambres de 1837 et 1838, sur la loi qui nous occupe. J'ai publié moi-même un court résumé de ces délibérations à la suite de mon rapport, et je crois ce résumé suffisant pour faire reconnaitre que les législateurs de 1838 n'ont pas eu la pensée de faire, comme nous voudrions le faire aujourd'hui, une législation complète sur les aliénés. Des besoins pressants et, comme je l'ai déjà dit, de plus en plus vivement sentis l'imposaient à leurs préoccupations.

D'une part, il fallait délivrer la société des inconvénients et des maux produits par l'abandon de milliers d'aliénés sur la voie publique; d'autre part, il fallait créer pour ces malheureux, au lieu des cabanons et des cachots où des milliers d'entre eux étaient encore renfermés, un régime de soins et de traitement médical dans des établissements spéciaux. Enfin, il fallait créer pour les

aliénés des moyens d'assistance qui n'existaient pas, et cette dernière nécessité était la plus pressante.

Avant la loi de 1838, en effet, la charge des aliénés indigents était supportée par les communes et par les hospices, qui se débattaient et cherchaient tous les moyens de se soustraire à ce fardeau accablant.

C'est dans ces conditions et pour sortir de cette situation intolérable que le Gouvernement fit un effort, qui amena l'insertion dans la loi de finances votée le 18 juillet 1836 d'un article portant « que les dépenses pour les aliénés indigents sont assimilées, pour cette année, aux dépenses variables départementales, sans préjudice du concours de la commune de l'aliéné et s'il y a lieu, du concours de l'hospice ».

Cet article voté et le principe de la contribution du département aux dépenses des aliénés indigents admis pour une année, il fallait une loi pour consacrer définitivement le principe et constituer un service d'assistance avec les éléments d'organisation réclamés par la science, par l'humanité et par l'opinion publique elle-même. C'est pourquoi le ministre de l'intérieur fut amené à présenter au Parlement, le 6 janvier 1837, le projet de loi qui est devenu la loi du 28 juin 1838.

J'ai rappelé ces précédents, messieurs, parce qu'ils font bien comprendre les caractères essentiels de la loi que nous avons à réviser. Ils marquent le triple but que le législateur a poursuivi et qu'il a atteint : faire cesser l'abandon des aliénés indigents dans la rue; les tirer des prisons et des infirmeries anciennes; créer pour eux des asiles et créer des ressources pour ce service d'assistance ainsi renouvelé.

Assurément, messieurs, c'était là une grande œuvre, et puisque je parle de la création des asiles départementaux d'aliénés, il m'est impossible de ne pas me souvenir que sur ces bancs siégeait, il y a bien peu d'années, ce parlementaire illustre et vénéré de tous, M. Dufaure, auquel est dû l'amendement qui est devenu l'article 1er de la loi, en vertu duquel chaque département est tenu d'avoir un établissement public destiné à recevoir et à traiter ses aliénés indigents.

Mais précisément parce que les besoins sentis trouvaient leur satisfaction, que les dispositions qui furent votées répondaient aux préoccupations, l'attention du législateur ne s'étendit pas sur les questions dont la solution est devenue de plus en plus urgente et nécessaire ; et c'est ainsi qu'à mesure que la loi a été appliquée, des lacunes ont apparu, et la nécessité de les combler s'est imposée.

J'ai dit que la principale consistait à avoir perdu de vue le sort des aliénés dispersés dans les domiciles privés et en dehors des établissements spéciaux. Cette lacune, le Gouvernement l'a recon-

nue, et dans un article (l'article 35 de son projet) il l'a signalée, plutôt qu'il ne l'a comblée en décidant que « toute maison où un aliéné est traité, même seul, par d'autres que ses tuteurs, conjoint ou parents, doit être assimilée à un asile privé ». Il a, de plus, dans un autre article (art. 10) exigé une déclaration au maire de la commune pour tout aliéné qui est gardé dans ces conditions.

Malheureusement, en exemptant de toute obligation les parents jusqu'au delà du troisième degré, ce projet aurait laissé la nouvelle loi impuissante à prévenir les cas les plus habituels de séquestration arbitraire, et comme d'autre part aucune surveillance spéciale n'était constituée, comme aucune mesure de contrôle n'était prévue en dehors des établissements spéciaux, on peut dire qu'en réalité la protection que le projet semblait vouloir assurer l'aliéné gardé ou retenu dans les domiciles privés était une protection purement théorique.

Le Gouvernement l'a, du reste, reconnu et a adopté les dispositions proposées par la commission du Sénat tant pour l'aliéné traité dans une maison privée, par d'autres que ses parents, que pour l'aliéné retenu avec contrainte prolongée par ses propres parents.

On peut dire que la préoccupation du législateur de 1838, de procurer aux aliénés le bienfait du traitement dans les asiles départementaux peut expliquer et, si l'on veut, excuser l'insuffisance des moyens de surveillance et de contrôle dans ces établissements spéciaux.

Quelque exagérés et en général mal fondés qu'aient été les reproches et les attaques dirigées contre cette partie de la loi depuis un certain nombre d'années, la majorité de la commission du Sénat a admis, avec le Gouvernement, que des mesures nouvelles de surveillance et de contrôle étaient nécessaires.

En 1867, un éminent magistrat qui prit devant la Chambre des pairs la défense de la loi dans les termes les plus remarquables, reconnaissait sans hésiter l'insuffisance de l'article 4 de cette loi, qui confie la surveillance des aliénés à un grand nombre de fonctionnaires, comme fonction accessoire et gratuite et sans l'imposer à personne. Comme M. Suin, la majorité de la commission du Sénat a admis que le législateur de 1838 avait manqué un peu de la méfiance qui convient en une matière où les intérêts de la liberté individuelle ne doivent jamais être perdus de vue, même en face de ceux de la sécurité des personnes et de l'humanité. C'est cette conviction qui a dicté à la commission les mesures de surveillance et de contrôle qu'elle propose d'ajouter au projet du gouvernement.

D'autres additions faites à ce projet par la commission doivent être considérées comme des compléments rendus nécessaires par les changements survenus dans les conditions de la vie sociale ou

par les enseignements d'une expérience qui manquait aux auteurs de la loi de 1838 ; telles sont, par exemple, les dispositions que la commission propose au sujet des aliénés français placés dans des asiles à l'étranger et les dispositions concernant les étrangers placés comme aliénés dans les établissements spéciaux de France. Si l'attention de la commission n'avait pas été appelée sur ces situations par les plaintes qui ont retenti plus d'une fois dans la presse et dont les gouvernements eux-mêmes ont eu à s'occuper, elle l'aurait été par les constatations faites par ses propres délégués dans le cours de leurs études à l'étranger. Je puis dire qu'il n'y a pas un grand asile, en Belgique ou en Angleterre, où nous n'ayons rencontré des aliénés français. Nous en avons vu à Gheel qui appartenaient à des familles considérables de notre pays. Nous en avons trouvé jusque dans l'asile des aliénés criminels de Broadmor, et je dois ajouter que partout, sans exception, nous avons pu nous assurer que ces placements s'étaient effectués et se maintenaient sans que l'autorité publique, tant celle du pays d'origine de l'aliéné que celle du lieu d'internement, en fût avertie. Je n'ai pas besoin d'ajouter que de pareils faits exigeaient des dispositions particulières dans une loi nouvelle sur les aliénés.

Je pourrais signaler encore d'autres questions nouvelles dont la commission a eu à se préoccuper. Telle est celle des dispositions à prendre dans les cas, moins rares qu'on ne pense, où une personne aliénée, ayant conscience de son mal et sentant l'imminence d'un accès qui peut créer un danger pour les autres ou pour elle-même, vient spontanément demander son internement.

Telles sont encore les mesures à prévoir dans les cas où une personne reconnue aliénée et dont l'internement dans un asile a été décidé, résiste de vive force à cet internement. On sait le bruit et l'émotion causés récemment par un fait de ce genre, qui s'est passé à Lyon. Ce fait est loin d'être unique, et tout le monde se souvient de l'émoi causé à Paris par un fait semblable connu sous le nom d'affaire Monasterio. Il était nécessaire d'empêcher de pareils faits de se produire en réglant, dans la loi, une pareille question.

M. Paris. Comment empêcherez-vous ces aliénés de résister ? Ils n'ont pas leur raison.

M. le Rapporteur. Il ne s'agit pas d'empêcher l'aliéné de résister ; il s'agit de savoir si, en présence de sa résistance, il ne faut pas s'arrêter et réclamer la présence et l'intervention de l'autorité publique, qui prend alors le soin et la responsabilité du recours à la force. La commission a réglé ce recours, et nous serons heureux si nos collègues du Sénat nous suggèrent quelque amélioration. Puisque j'examine les principaux compléments apportés par la commission à la loi de 1838, je ne puis me dispenser de citer

les dispositions qu'elle propose d'introduire au sujet des expertises médico-légales en matière d'aliénation mentale. Ici encore ce n'est pas à proprement parler une lacune de la loi, un complément rendu nécessaire par l'importance croissante qu'ont prise des faits nouveaux à peu près inconnus du législateur de 1838. A l'époque en effet où la loi a été faite, les expertises médico-légales dont nous parlons étaient un fait très exceptionnel.

La science des aliénistes, qui a fait de si grands progrès depuis, était en quelque sorte naissante, malgré les grands noms qu'elle compte dans son passé. Elle n'était pas, du moins, une science répandue, même parmi les médecins voués à la pratique. De plus, les magistrats et les tribunaux n'y avaient que très rarement recours. Il n'en est plus de même depuis un certain nombre d'années. Depuis que certains crimes fameux (je rappellerai, par exemple, l'assassinat de l'archevêque de Paris par un prêtre) ont passé par une analyse vraiment scientifique et que, dans ces grands criminels, on a dû reconnaître de malheureux aliénés, les magistrats, embarrassés dans leur examen, et même en se méfiant des aliénistes, ont senti de plus en plus le besoin de recourir à leur science et à leur expérience. Les expertises médico-légales sont devenues un besoin, je puis dire, journalier, de la conscience des magistrats. Ce besoin semble plus ou moins vivement senti dans nos différents ressorts judiciaires, mais partout on y a recours.

La commission du Sénat, préoccupée de ce fait, surtout à cause des conditions souvent mauvaises et trop souvent illégales dans lesquelles il se produit, a eu recours à M. le garde des sceaux, qui, sur sa demande, a bien voulu en faire l'objet d'une enquête auprès des procureurs généraux. Cette enquête a démontré que c'est par centaines que ces opérations médico-légales se comptent annuellement ; elle a démontré aussi qu'elles s'opèrent sans aucune règle, presque toujours illégalement, soit quant aux locaux où elles ont lieu, soit quant aux personnes qui les prescrivent.

Les locaux généralement préférés sont les asiles d'aliénés ; mais alors la violation de la loi est flagrante ; car l'asile ne doit s'ouvrir que pour l'aliéné dont la folie est dûment reconnue, et nullement à des individus, prévenus et inculpés, qui peuvent être fous, mais qui souvent ne sont que des simulateurs et sont, en tout cas, des êtres dangereux dont la présence à l'asile fait peser sur son directeur une grave responsabilité. Aussi voit-on très souvent les chefs responsables de l'asile se refuser à ces admissions en invoquant la loi, même lorsque la demande ou l'ordre d'internement émane des magistrats ; mais l'enquête faite par M. le garde des sceaux a révélé des faits plus singuliers ; ce sont, par exemple, les ordres d'internement donnés par des chefs militaires, généraux ou colonels, qui, étant embarrassés pour apprécier un acte qui appelle une répression pénale, ayant des doutes sur l'état

mental du militaire qui l'a commis, le font conduire à l'asile le plus voisin pour éclairer cette situation.

La commission du Sénat a vu là une question qui exigeait un examen très attentif et dont la solution ne pouvait pas être ajournée davantage. Le Sénat appréciera les dispositions qu'elle propose dans ce but.

On comprend que ces dispositions nouvelles, répondant à des besoins nouveaux, obligeaient à agrandir encore le cadre proposé par le Gouvernement pour la nouvelle loi. Mais la commission a eu la satisfaction de pouvoir, de même que le Gouvernement, conserver dans ce cadre agrandi le plan et les dispositions générales de la loi de 1838. Si le Sénat me permet de lui donner encore quelques détails, peut-être un peu minutieux, je lui indiquerai quelques chiffres qui pourront donner une sorte de mesure des changements apportés à la loi soumise à la révision.

Cette loi est composée de 41 articles partagés en trois titres. Le projet du Gouvernement a suivi les mêmes divisions, en ajoutant un quatrième titre, consacré aux dispositions transitoires. Le nombre des articles de ce projet est de 66. La principale addition qu'il renferme résulte des articles relatifs aux condamnés devenus aliénés et aux aliénés dits criminels. La commission a maintenu sa rédaction dans le même cadre que le Gouvernement. Les additions, dont j'ai indiqué les principales, ont porté à 71 le nombre des articles.

Si l'on examine en particulier les articles de la loi de 1838, on reconnaîtra que 21 sur 41, c'est-à-dire plus de la moitié, ont été conservés dans leur esprit et n'ont subi aucun changement; plusieurs autres ont reçu des compléments ou des modifications légères de rédaction. Dans tous, l'esprit de la loi a été maintenu et survivra à son abrogation.

Je ne voudrais pas m'étendre davantage, messieurs, sur le travail de votre commission. Je dois dire quelques mots cependant des différences que chacun de vous a pu remarquer, dans les intitulés des diverses parties du projet, entre la rédaction du Gouvernement et celle de la commission.

Dans le projet du Gouvernement comme dans la loi de 1838, le titre Ier est intitulé : « Des établissements d'aliénés ». La loi, en effet, comme je l'ai dit, ne s'occupait pas d'autre chose. Mais le projet du Gouvernement ayant soulevé la question des aliénés, traitée même seule, dans des asiles ou des domiciles privés, et la commission ayant dû régler la surveillance et le contrôle sur cette partie nouvelle du service, l'intitulé du titre Ier a dû comprendre ces nouveaux éléments, et c'est pourquoi elle a intitulé ce titre comme il suit : « Des établissements d'aliénés, des aliénés traités à domicile, de la surveillance du service des aliénés ».

Je disais tout à l'heure que j'avais à peu près fini l'énumération

des additions importantes faites par la commission au projet du Gouvernement. Il me restait cependant à dire un mot de celle qui, à ses yeux, est la plus importante de toutes : je veux parler des articles qui, dans le titre Ier, se rapportent à l'organisation de la surveillance et du contrôle du service. En parlant de la commission permanente dont cette organisation forme un rouage essentiel pour la protection de liberté individuelle et la sauvegarde des intérêts de l'aliéné, M. le président de la commission du Sénat invoquait l'exemple de l'Angleterre où une organisation a produit des résultats justement admirés. Nous avons pu examiner de près et apprécier ces résultats en Angleterre ; mais j'ai hâte de dire que c'est dans notre propre tradition et non dans les lois anglaises que nous avons puisé le principe et les éléments essentiels de l'innovation dont il s'agit.

Lorsque cette question viendra en discussion, on verra que l'idée de la commission permanente départementale remonte à l'origine même de la loi de 1838. Cette idée a été mûrie et développée dans les études successives et les discussions auxquelles, depuis 1867, les demandes de révision de la loi ont donné lieu. Je citerai un magistrat qui a pris depuis une grande et légitime notoriété dans le Parlement, M. Ribot, comme ayant beaucoup contribué à donner à cette idée la consistance que la commission du Sénat ne pouvait pas méconnaître. Chargé comme substitut du service du parquet dans les asiles de la Seine, il avait pu voir de près la nécessité d'une surveillance et d'un contrôle que l'extension du service en dehors des établissements spéciaux rend absolument indispensables.

Ce n'est pas le moment d'aborder l'examen détaillé de ce point de la loi. Lorsque ce moment viendra, le Sénat reconnaîtra, j'espère, que la commission n'a pas cédé à un goût malsain d'innovation, mais à une nécessité rendue plus pressante par les changements même que le projet du Gouvernement va introduire dans le fonctionnement de la loi.

Je pourrais en dire autant du comité supérieur et de la réorganisation de l'inspection générale du service des aliénés, qui sont proposés par la commission du Sénat dans la partie du titre Ier dont je parle.

L'honorable M. Dupré disait tout à l'heure qu'on n'apprendrait pas sans surprise que l'Etat français ne dépense pas un centime pour le service des aliénés.

La conséquence forcée de cette situation, qui est exceptionnelle et que je puis bien appeler anormale, c'est que ce service, si important pour la sûreté des personnes et pour tant d'intérêts sociaux, est un service qui n'a plus aucune surveillance, aucun contrôle de l'Etat. Il est tombé à l'état de service purement dépar-

temental ; et c'est tout naturel, puisque les conseils généraux sont seuls appelés à faire les frais de ce service.

On peut dire même que le service de l'inspection générale a cessé d'exister après avoir donné, en 1874, dans un rapport mémorable, les dernières preuves de son utilité et de sa nécessité.

Il existe encore, presque fortuitement, au nombre des inspecteurs généraux des services administratifs, un médecin aliéniste éminent, entré dans cette inspection pendant qu'on y entrait par le concours ; mais il existait en présence de 104 établissements à inspecter sur la surface de la France. C'est assez dire qu'il n'y a plus aujourd'hui d'inspection des asiles et, partant, aucun contrôle sérieux de l'Etat.

C'est à cette situation que la commission du Sénat a voulu porter remède.

J'allais oublier de dire un mot d'une autre innovation de la commission qui se rapporte à la partie financière du projet de loi.

Assurément, jamais un moment n'a été moins propice que celui-ci pour demander l'inscription de nouveaux crédits à notre budget. C'est pourquoi, après avoir reconnu l'absolue nécessité de confier la protection de la liberté individuelle et les intérêts des aliénés à des agents salariés, elle a d'abord calculé aussi exactement qu'elle l'a pu l'importance de cette charge ; et, quoi qu'elle ait reconnu que la charge sera légère et qu'il ne s'agit pas de millions à dépenser, elle a cependant fait ses efforts pour exonérer l'Etat dans la plus large mesure possible. Elle a pu y réussir à l'aide d'un expédient qu'une longue pratique a sanctionné en Angleterre et qu'elle n'a pas hésité à emprunter à ce pays, malgré son peu de goût pour les emprunts faits à l'étranger.

En Angleterre, où le gouvernement dépense plus de 14 millions pour le service des aliénés, on a trouvé bon et juste d'appeler les aliénés eux-mêmes et tous ceux qui tirent un profit de leur traitement à contribuer aux frais de la surveillance et du contrôle établis pour protéger la liberté individuelle et les intérêts de l'aliéné. C'est pourquoi nous avons proposé d'établir des taxes qui pèseront d'un poids léger sur ceux qui les payeront et dont le produit payera en bonne partie les frais du contrôle spécial à établir. C'est pourquoi, aussi, dans l'intitulé de la section du projet de loi qui se rapporte à la partie financière du service, la commission a inscrit le mot *Recettes* à côté du mot *Dépenses*.

Je ne dirai plus qu'un dernier mot des compléments que la commission a ajouté au projet de loi ; dans la partie de ce projet qui a trait aux pénalités, le Gouvernement s'en tenait au texte de la loi de 1838, laquelle se bornait à punir les contraventions à certaines dispositions qui lui sont propres. La loi n'avait rien ajouté aux pénalités existantes pour les délits et crimes qui se rapportent à la séquestration visée par les articles 341 et suivants

du Code pénal ou aux attentats à la liberté individuelle qui forment l'objet des articles 114 et 122 du même code. L'ordonnance royale de 1839 a visé certains de ces crimes ou délits commis dans les asiles privés, mais seulement au point de vue de la responsabilité du directeur vis-à-vis de l'autorité administrative qui l'a autorisé.

Je n'ai pas à démontrer que l'article unique dont on a dû se contenter jusqu'ici ne répond pas aux besoins révélés par l'expérience, reconnus d'ailleurs par l'administration elle-même. C'est pourquoi la commission n'a pas cru devoir laisser plus longtemps dans le droit commun les faits particuliers de sévices, voies de fait, attentats aux mœurs, commis sur la personne d'un aliéné ou d'un idiot.

Elle n'admet pas davantage que les actes de brutalité ou même les actes de négligence, qui sont trop souvent homicides, commis par les gardiens d'aliénés puissent être plus longtemps de simples affaires de règlement intérieur, abandonnées à la responsabilité des chefs d'établissement.

C'est pourquoi la commission s'est attachée : 1° à prévenir des faits en assurant un meilleur recrutement du personnel inférieur des asiles ; 2° à assurer, par la loi, une répression pénale des faits délictueux ou criminels dont les circonstances spéciales dans lesquelles ils se commettent, commandent une punition plus sévère.

Avant de descendre de la tribune, je dirai encore un dernier mot à propos du texte du projet de la commission qui figure dans la distribution d'aujourd'hui sous l'intitulé de « Nouvelle rédaction de la commission ». Messieurs, si les changements fréquents de gouvernement ne sont pas bons pour la gestion des affaires publiques en général, je crois pouvoir dire qu'ils ne contribuent pas à la bonne, ou tout au moins à la facile préparation des lois.

Le rapport dont j'ai été chargé sur la question qui nous occupe a été déposé sur le bureau de M. le président du Sénat au mois de mai 1884. La commission, sinon son rapporteur, se croyait alors presque aux termes de sa tâche ; elle était tombée d'accord sur tous les points avec les représentants du Gouvernement à cette époque. Bientôt, se trouvant en présence de représentants nouveaux, elle a dû apporter certaines retouches à sa rédaction ; elle l'a fait avec le sentiment, dans lequel elle persévère, de la plus grande déférence pour les opinions du Gouvernement dans l'élaboration d'un projet dont le Gouvernement a pris l'initiative.

C'est après ces modifications, dont les représentants du Gouvernement auraient été les défenseurs naturels à cette tribune, que mon rapport a été distribué, un an environ après son dépôt sur le bureau de M. le président. Le texte qui fait suite au rapport contient les changements apportés à la rédaction première, et,

quand ce texte a paru, la même entente complète entre le Gouvernement et la commission existait, comme en 1884. Depuis lors les choses ont changé ; des objections ont été faites, en particulier sur le système de surveillance et de contrôle proposé par la commission au titre Ier.

Lorsque la commission a eu l'honneur, vendredi dernier, de recevoir dans son sein M. le ministre, ces objections ont été reproduites, et la commission, en les examinant attentivement, a dû reconnaître qu'on pourrait puiser en leur faveur un certain appui dans les modifications qu'elle avait elle-même consenti à apporter à sa rédaction première. Elle s'est convaincue qu'en revenant purement et simplement à celle-ci, elle apporterait à la rédaction présentée au Sénat des simplifications qui la rendraient plus acceptable à tout le monde et à M. le ministre lui-même.

M. PARIS. Elle a eu raison, la loi est déjà très chargée.

M. LE RAPPORTEUR. Je devais cette explication sur le texte distribué aujourd'hui au Sénat et qui est en réalité, non une nouvelle rédaction, mais la rédaction propre à la commission. Je voudrais pouvoir espérer que cette rédaction permettra de rétablir entre la commission et le Gouvernement un accord dont, plus que personne, je sens tout le prix, et que d'un commun effort nous pourrons atteindre le but élevé que nous nous sommes proposé en commun et en vue duquel la commission n'a épargné ni les sacrifices ni les peines. C'est avec cet espoir que je descends de la tribune. (Marques d'approbation sur un grand nombre de bancs.)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le Ministre de l'intérieur.

M. SARRIEN, *ministre de l'intérieur*. Messieurs, après les discours si savants et si complets que vous venez d'entendre, je me bornerai à de très courtes observations. Je suis d'accord avec la commission sur le principe même du projet qui est soumis à vos délibérations. Je crois qu'il y a lieu de modifier la loi de 1838, de l'améliorer, et moi aussi, je demande à passer à la discussion des articles.

M. DE GAVARDIE. Je demande la parole. (Exclamations à gauche.)

M. LE MINISTRE. L'honorable M. Roussel vous disait tout à l'heure que la loi de 1838 était une œuvre législative considérable. J'ajoute qu'elle a été une œuvre législative remarquable et excellente. Néanmoins elle a été l'objet de beaucoup d'attaques : attaques passionnées, attaques exagérées qu'elle ne méritait pas, à mon avis. Elle avait des lacunes, elle exigeait certaines améliorations ; mais elle ne permettait certes pas, comme on a trop semblé le croire dans l'opinion publique, de faire enfermer dans un asile d'aliénés un individu parfaitement sain d'esprit, sur le simple certificat d'un médecin, et de l'y maintenir à perpétuité. Non, messieurs, de tels abus n'étaient pas possibles avec la loi

de 1838 strictement appliquée. Je dois dire d'ailleurs qu'aucun de ces faits qui ont été cités par la presse et avec lesquels on a profondément remué l'opinion publique, n'ont pu être judiciairement établis. Est-ce à dire qu'aucun abus n'a été commis?...

M. Testelin. Des abus, il y en aura toujours!

M. le Ministre. ... Qu'aucun mauvais traitement n'a été exercé vis-à-vis des aliénés? Pour ma part, je n'irai pas jusque-là; je crois qu'il y a eu des abus. D'ailleurs, les lois les meilleures ne peuvent pas toujours les prévenir ni les empêcher absolument. Je dis donc que la loi de 1838 contenait en effet certaines lacunes sur lesquelles tout à l'heure l'honorable M. Roussel a appelé votre attention. Ces lacunes, nous vous proposons de les combler, d'accord avec la commission.

Nous estimons que le projet de loi qui vous est présenté contient des améliorations importantes et qu'il est digne à tous égards d'occuper l'attention du Sénat. L'honorable M. Dupré, et, après lui, l'honorable M. Roussel, vous ont signalé les dispositions principales de la loi nouvelle. Le point capital du projet c'est l'intervention du pouvoir judiciaire dans le placement des aliénés. Dorénavant, et en vertu de ce principe de notre droit public qu'aucun citoyen ne peut être privé de sa liberté sans une décision du pouvoir judiciaire, c'est le tribunal, c'est l'autorité judiciaire qui sera appelée à prononcer sur le placement définitif des aliénés. Voilà, vous le reconnaîtrez, une innovation importante.

C'est la plus considérable, mais ce n'est pas la seule; il en est d'autres que je vous demande la permission de rappeler en quelques mots seulement, puisqu'elles vous ont été déjà signalées et par M. Dupré et par M. Roussel. La loi de 1838 ne s'inquiétait pas des aliénés traités dans leurs familles; la surveillance de l'État sur les asiles privés n'était pas non plus suffisante. Le projet de loi apporte un remède sur ces deux points; il fortifie l'action de l'État sur les asiles privés, et il établit sa surveillance sur les aliénés traités à domicile. Il édicte des prescriptions nouvelles pour empêcher les séquestrations arbitraires; il entoure le placement des aliénés dans les asiles de garanties sérieuses par l'action combinée de l'administration et de la justice; il soumet l'aliéné, une fois entré dans l'asile, à un contrôle sévère, à des inspections faites à des dates précises et parfaitement déterminées.

Le projet de loi étend encore sur les biens de l'aliéné, sur son patrimoine, une protection plus sûre et plus vigilante. Tout cela, messieurs, est bon, et tout cela est sage; sur tous ces points je suis d'accord avec la commission. Il est encore d'autres améliorations dues au projet nouveau. L'honorable M. Roussel vous le disait tout à l'heure, il n'existait dans la loi de 1838 aucune dis-

position relative aux aliénés placés à l'étranger. On ne s'occupait pas non plus des aliénés étrangers placés en France ; aucune précaution n'était prise contre les aliénés qui ont commis des crimes, qui sont acquittés par la justice et qui peuvent être une menace pour la société.

Le projet de loi contient à cet égard diverses prescriptions excellentes que j'approuve absolument. Cependant, si je dois rendre pleine justice à l'œuvre de votre commission, je ne peux pas ne pas dire dès maintenant au Sénat que nous sommes en dissentiment sur d'autres points. J'ai peur que le projet ne dépasse le but qu'on veut atteindre. Nous avons les mêmes intentions, nous voulons arriver aux mêmes résultats; mais je crois, pour ma part, que la commission a introduit dans la loi des prescriptions qui ne pourront pas être exécutées...

M. de Gavardie. Ce que vous dites est parfaitement juste.

M. Buffet. Une réglementation excessive.

M. le Ministre. ... et une réglementation beaucoup trop compliquée. Je fais donc mes réserves dès maintenant et d'une manière générale, sans entrer dans aucun détail. Nous examinerons, lors de la discussion de chaque article, les points qui séparent le Gouvernement et la commission. Je me contente de les indiquer en ce moment. Le projet institue, dans chaque département, deux commissions différentes : d'abord la commission de surveillance qui fonctionnait déjà sous l'empire de la loi de 1838 et qui a pour objet l'administration des intérêts matériels et financiers des asiles publics d'aliénés. Puis, à côté de cette commission, il en établit une autre dite commission permanente des aliénés qui a son siège à la préfecture ou à la sous-préfecture où elle a des bureaux. C'est elle qui reçoit tous les documents et tous les rapports médicaux concernant les aliénés, c'est elle qui prend toutes les décisions; c'est le préfet qui signe, mais en réalité c'est la commission qui décide.

Au sommet de l'échelle, le projet nouveau crée un comité supérieur, qui a son siège au ministère même, qui reçoit également tous les documents concernant les aliénés, qui délibère, qui décide, qui a ses bureaux installés au ministère de l'intérieur et fonctionnant sous sa direction, de même que la commission permanente a ses bureaux à la préfecture, absolument indépendants de l'autorité du préfet. En un mot, c'est la commission qui administre ; c'est le représentant du Gouvernement qui signe. La responsabilité de l'administration disparaît. Je puis même dire qu'il n'existe plus de responsabilité, car la responsabilité des commissions est purement illusoires. J'ajoute qu'en fait les prescriptions imposées à ces commissions ne peuvent pas être appliquées : d'abord elles entraîneraient pour l'État des charges considé-

rables, et, d'autre part, il est réellement impossible de les exécuter.

Et quand on a inséré dans le projet soumis à vos délibérations l'article 20, qui oblige deux membres de la commission permanente à visiter, dans un délai de cinq jours, tout aliéné placé dans un asile, on a supposé évidemment que tous les asiles d'aliénés étaient établis aux chefs-lieux des départements ou des arrondissements, et que, par conséquent, il serait facile aux membres de ces commissions de remplir le devoir qui leur est imposé.

Mais, messieurs, il est un très grand nombre d'asiles d'aliénés qui sont séparés du lieu où siégera la commission par des distances qui varient de 25 à 40 ou 60 kilomètres; et cependant, dans un délai de cinq jours à partir de l'entrée de l'aliéné dans un établissement public, deux membres de la commission permanente devront aller visiter cet aliéné. Or, comme un très grand nombre d'asiles reçoivent plus de deux cents malades par an, il est évident qu'il serait matériellement impossible de remplir l'obligation assignée par la loi. Est-il bon de placer dans les lois des prescriptions qu'on sait ne pouvoir être exécutées?

Je ne fais qu'indiquer ici les objections que soulèvent certaines dispositions du projet. Nous discuterons plus longuement quand nous arriverons aux articles; mais j'ai pensé qu'il n'était pas inutile, dès maintenant, d'appeler la sérieuse attention du Sénat sur les deux points que je viens de signaler.

Il en est un troisième qui a été effleuré tout à l'heure dans le discours de l'honorable M. Roussel, c'est celui qui est relatif à ce qu'il appelle la taxe sur les aliénés. Je crois que cette taxe est de nature à soulever les plus vives objections. Est-il juste d'ajouter encore à l'infortune d'une famille qui a le malheur d'avoir un aliéné parmi ses membres, la charge d'un nouvel impôt? Cet impôt serait perçu sur toutes les familles sans exception, qu'elles soient riches ou pauvres!

Comment! il faudra payer un impôt parce qu'on a un aliéné dans sa famille! Je ne pense pas que cela soit juste, je ne crois pas que cela soit humain. J'estime qu'un pareil impôt est contraire à tous les principes de notre législation, et je suis convaincu que le Sénat ne voudra pas sanctionner cette innovation que je considère, quant à moi, comme absolument mauvaise.

Voilà, messieurs, les trois points qui me séparent de la commission; je les examinerai plus tard avec plus de détails et sous tous les aspects; mais, je le répète et je le dis hautement, sur le fond du projet de loi je suis absolument d'accord avec la commission. Le projet contient des dispositions heureuses, il comble des lacunes regrettables de la loi de 1838 et il a pour objet de donner des garanties nouvelles à la liberté individuelle et à la société. Nous avons les mêmes intentions que la commission; nous pour-

suivons, je l'ai dit, le même résultat : j'espère que, dans le cours de cette délibération, nous arriverons facilement à nous entendre. (Très bien ! très bien ! sur un grand nombre de bancs.)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. de Gavardie.

M. DE GAVARDIE. Messieurs, je ne serais pas monté à la tribune si, dès le début de son discours, M. le ministre avait affirmé énergiquement qu'il repoussait l'œuvre de la commission. Je me serais probablement rallié au projet du Gouvernement, sachant combien il est difficile de remonter certains courants. A mon humble avis, le projet du Gouvernement est supérieur à tous les points de vue à celui de la commission. Certes, je tiens à rendre immédiatemedt l'hommage le plus complet à cette commission, qui a travaillé, je le dis bien sincèrement, comme jamais commission n'a travaillé.

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. C'est bien vrai !

M. DE GAVARDIE. Elle a réuni une quantité de matériaux précieux qu'il aurait fallu chercher avec des peines infinies sur tous les points de l'Europe. C'est un grand service qu'elle a rendu, et, assurément, ce n'est pas cette fois-ci que je demanderai des suppléments d'instruction. Mais ce que je dois dire, c'est qu'elle a trop travaillé. (Sourires). C'est un beau défaut, messieurs ; mais elle a chargé cette loi de complications infinies, comme le disait tout à l'heure avec tant de raison et de justesse M. le ministre de l'intérieur ; à ce moment-là, je venais de l'interrompre ; mais, cette fois, je pense que M. le ministre ne me le reprochera pas.

M. le ministre constatait que le projet de la commission comportait des complications qui la rendaient impraticable. Messieurs, tant d'erreurs ont cours sur les questions de cette nature, que je voudrais dire un mot des origines historiques... (Exclamations sur quelques bancs à gauche.) Je ne serai pas bien long.

Un sénateur à gauche. Continuez ! (Oui ! Parlez ! parlez !)

M. DE GAVARDIE. Nous avons le temps, au Sénat, de disserter un peu... (Hilarité.) C'est, du reste, le discours même de l'honorable président de la commission qui m'inspire ces considérations historiques très rapides que je vais avoir l'honneur de vous présenter. Il a réédité cette vieille erreur qui traîne partout : que c'est depuis 1790 qu'on a compris quelque chose à la situation des aliénés. Ah ! messieurs, les vieilles législations étaient plus intelligentes qu'on ne le prétend, et ce n'est pas dans l'ancienne France, quoi qu'on ait dit, qu'on traitait les aliénés comme des criminels ou, du moins, qu'on les regardait toujours comme des possédés. Ce sont là des erreurs historiques complètes.

J'ai visité quelquefois ces cabanons dont on parle et qui étaient parfois scellés, pour ainsi dire, aux églises. Il y avait là une

pensée bien grande, une pensée miséricordieuse et bien souvent ceux qui n'avaient pas pu être ramenés à la raison par la science humaine, trouvaient, par l'effet de cette action de la Providence qu'on ne peut pas nier et qui se manifeste de tant de manières, trouvaient, dis-je, une complète guérison ; et c'est pourquoi cette pratique, qui a persisté si longtemps à travers tout le moyen âge, n'a jamais été découragée. (Exclamations à gauche.) Mais, oui, messieurs, je connais un peu l'histoire. Tenez ! on vous dit tous les jours que le traitement des maladies mentales par certains moyens empiriques très ingénieux date seulement de nos jours; par exemple, le traitement par la musique.

Voulez-vous que j'ouvre les livres saints? (Rumeurs ironiques sur les mêmes bancs.) Mais, messieurs, toutes les fois que j'en trouve l'occasion, dans ce siècle qui devient de plus en plus ignorant... (Bruit et rires à gauche.) — laissez-moi parler un peu librement — dans ce siècle qui devient de plus en plus ignorant de ses origines religieuses, de ces grandes traditions religieuses qui élevaient autrefois le niveau intellectuel des peuples à un degré qu'on oublie réellement trop aujourd'hui, toutes les fois, dis-je, que j'en trouve l'occasion, je lui rappelle sa véritable histoire. Eh bien, on vous disait tout à l'heure que les aliénés étaient toujours regardés comme des possédés et traités comme tels. Mais lorsque David... (Interruptions à gauche.)

... Ceci, messieurs, est plus pratique que vous ne le croyez !...

Vous allez le voir : j'ai l'air quelquefois de m'égarer, mais je retrouve toujours mon chemin. (Sourires.)

David, voyant son roi Saül en proie à une véritable aliénation mentale, eut-il recours purement et simplement aux prières, aux exorcismes, à la violence, puisqu'on prétend qu'on n'employait que ces moyens-là ! Non ; il dit : « Apportez-moi une harpe ». De ce jour-là, sans parler des précédents, le traitement des maladies mentales se trouvait, en définitive, éclairé par une expérience, et par une expérience décisive. (Exclamations et rires à gauche.) Vous voyez donc bien que ce n'est pas en 1790 qu'on a inventé tout cela. (Nouveaux rires.)

Je vous disais tout à l'heure, messieurs, que j'avais visité plusieurs de ces anciens asiles. Une chose m'a frappé : ces asiles, en général, pouvaient contenir une ou deux personnes. Je faisais donc naturellement cette réflexion : Ou bien le nombre des aliénés était beaucoup moins grand dans ce temps-là, et j'en suis convaincu...

M. Tenaille-Saligny. Naturellement : il y avait moins de population.

M. de Gavardie. Même proportion gardée, il y en avait trois fois moins autrefois. Ou bien, je le répète, il y avait moins d'aliénés

à cette époque, ou bien on n'enfermait dans ces prétendus cabanons que ceux dont on ne pouvait réduire la maladie mentale que par une contrainte matérielle.

Et c'était la vérité ; il y avait des malades inoffensifs qui vivaient au milieu des populations et qu'on considérait comme des êtres sacrés. Le peuple qui, dans sa naïveté, a quelquefois plus d'intelligence que les savants, disait : Ils ont vu Dieu ! On voyait en eux des intelligences écrasées, en quelque sorte, par la majesté divine; on ne les traitait donc pas comme des criminels. Messieurs, toutes les fois que je trouve, moi, amoureux de notre vieille et glorieuse histoire, l'occasion de venger cette histoire nationale et religieuse de ces critiques qu'on rencontre partout, je saisis avec bonheur cette occasion, et je salue avec amour la vieille France.

J'aborde maintenant le vrai sujet de ces courtes observations. Il y a trois points principaux qui caractérisent l'œuvre — on peut bien dire vraiment nouvelle — de la commission : 1° immixtion de l'autorité publique dans les asiles privés et dans les maisons particulières assimilées aux asiles privés; 2° intervention judiciaire ; 3° commissions nouvelles, fonctionnaires nouveaux salariés. N'oubliez pas cela, messieurs : fonctionnaires nouveaux salariés.

Messieurs, voilà les trois objets capitaux du travail de la commission. Le projet du Gouvernement, je le reconnais, est sujet, jusqu'à un certain point, aux défauts que je vais relever, mais à un moindre degré que celui de la commission ; voilà pourquoi je n'hésiterai pas, entre les deux œuvres, à choisir la première. Mais, comme je le disais tout à l'heure, on a bien de la peine à remonter certains courants. M. le ministre de l'intérieur, tout à l'heure, rendait pleinement hommage à la loi de 1838 ; et cependant, par suite de cette indécision que ce malheureux régime parlementaire, si mal compris aujourd'hui, impose aux ministres même les plus éclairés et les mieux intentionnés, M. le ministre n'a pas su dire à la commission : Je repousse votre œuvre ! je m'en tiens à la loi de 1838, et signaler d'une manière précise les points sur lesquels on pouvait apporter certaines modifications à la législation existante. Tel est, à mon humble avis, le langage que M. le ministre de l'intérieur aurait dû tenir, et je crois qu'avec de la persévérance il serait arrivé à son but. Je vais donc, à son défaut, tâcher d'entrer dans cette voie.

Messieurs, la loi de 1838 a été élaborée avec un soin qu'on a justement rappelé. Etait-elle parfaite ?

Je ne le prétends pas : il n'y a pas de loi parfaite; mais elle l'était autant qu'une loi humaine peut l'être, et les abus dont on parlait, venaient tous — j'aurai tout à l'heure à citer, à ce sujet, une autorité digne de l'attention du Sénat — les abus qu'on a signalés venaient tous non pas des lacunes de la loi de 1838 en

général, mais d'une seule lacune, qu'il était si facile de combler par une meilleure organisation du service de la direction des asiles.

Si M. le ministre de l'intérieur demandait au conseil d'Etat de faire un règlement d'administration publique créant, avec tout le soin qu'apporte le conseil d'Etat dans des matières semblables, le service relatif à la nomination des directeurs des asiles publics et aux garanties que l'on exige des directeurs d'asiles privés, la loi de 1838, avec ce complément, serait parfaite, autant, je le répète, qu'une loi humaine peut l'être, Il n'y a que cela à faire. On vous parlait des abus... Mon Dieu ! vous savez toutes les exagérations qu'on trouve dans les journaux ; le drame s'en mêle, il faut servir à ses abonnés un régal de curiosité ; au fond de tout cela, il n'y a qu'une chose, c'est que très souvent les directeurs d'asiles n'étaient pas même toujours des médecins ou, s'ils étaient médecins, n'étaient souvent pas rompus aux difficultés de cette science si délicate des maladies mentales et étaient tout à fait insuffisants.

J'ai eu l'occasion, en qualité de magistrat, d'assister à des interrogatoires, notamment dans l'asile de Pau. Eh bien, j'ai vu là, — je puis le dire, les hommes auxquels je fais allusion sont morts, et très certainement personne ne pourra les reconnaître dans les paroles que je vais prononcer, — j'ai vu là des hommes complètement insuffisants. Si, à leur place on avait mis des personnes réellement compétentes — et ce serait bien facile, le corps médical est admirablement composé en France — j'affirme que vous auriez eu une loi absolument parfaite, grâce à cette amélioration du service de la direction. Que propose la commission ? Elle veut faire intervenir d'une manière véritablement abusive l'autorité publique dans les asiles privés.

Un membre de la commission. C'est une erreur !

M. de Gavardie. Jusqu'à présent ces asiles, très certainement avec raison, étaient sous la surveillance de l'autorité publique ; la commission propose de les placer sous la direction de l'autorité publique ; et non seulement elle s'occupe des asiles privés, elle introduit même dans les maisons particulières où, à l'abri pour ainsi dire de l'inviolabilité du foyer domestique, des malades sont placés, elle introduit, dis-je, non pas un rayon discret afin de permettre l'investigation et d'éviter les véritables abus, mais elle fait entrer à flots la lumière et éclaire ainsi le sanctuaire le plus intime de l'âme humaine. Auriez-vous la prétention d'attribuer à l'Etat et aux hommes qui le représentent plus de responsabilité, plus d'intelligence qu'aux pères de famille, qu'aux mères de famille, qu'aux frères ou aux sœurs ? Mais vous n'y avez pas songé !

Chose singulière ! A mesure qu'on parle de progrès et de liberté,

nous voyons de plus en plus cette doctrine, que je pourrais qualifier du mot de jacobine, mais qui porte un nom beaucoup plus ancien, qui est une doctrine absolument païenne et révolutionnaire. On voit, à mesure qu'on parle davantage de liberté, cette intrusion de l'Etat s'étendant de plus en plus dans tout ce qui était autrefois considéré comme un asile inviolable. (Très bien ! à droite.)

Vous n'avez pas confiance dans la famille ! Vous me parlez d'inconvénients; mais où n'y en a-t-il pas ? Est-ce que, sous prétexte qu'un père dirige mal l'instruction de son fils ou de sa fille, vous, Etat, vous pourrez intervenir dans le foyer domestique ? Evidemment non. Vous pourriez cependant éviter ainsi quelquefois bien des dangers; mais il y a un principe qui domine tout, c'est le respect de la liberté et la sainteté du foyer. Or, dans votre projet vous violez cette garantie. La législation de 1838 n'avait pas osé le faire. (Approbation à droite.) Quels abus ont pu vous porter à cette violation des principes ? Je cherche en vain. Pendant quinze ou seize ans, j'ai administré la justice dans trois départements; eh bien, jamais, je l'affirme, je n'ai vu que la loi de 1838 présentât un seul inconvénient. Enfin, pourquoi ne voulez-vous pas vous en rapporter à la famille, qui est, en définitive, le meilleur gardien de la santé et de l'honneur des siens ?

M. Testelin. Comme ces fils qui brûlent leur mère sous prétexte qu'elle est aliénée, ainsi que le fait vient de se passer dans le département de Loir-et-Cher. (Exclamations à droite.)

M. de Gavardie. Mon cher collègue, cela ne serait pas arrivé si on leur eût donné une instruction religieuse (Bruit à gauche.)

Plusieurs sénateurs à droite. C'est cela ! — Très bien !

M. Testelin. Ils se sont confessés !

M. Gavardie. Si vous leur aviez donné une instruction vraiment religieuse, cela les aurait guéris de ces superstitions. Je passe à la seconde innovation, qui est relative à l'intervention de l'autorité judiciaire. Dans le système de la loi de 1838, l'autorité judiciaire n'intervenait que lorsqu'il y avait ce qu'on appelle, dans la langue du droit, un incident contentieux.

Toutes les fois que des familles, toutes les fois que des tiers, dans un intérêt quelconque, ne s'adressaient pas à la justice, tout se passait entre le préfet et le directeur de l'asile. Je sais bien qu'on avait organisé un système d'inspection non pas salarié, mais charitable auquel vous avez l'imprudence de toucher. Cela suffisait. Quand un abus se produisait réellement, le procureur de la République pouvait intervenir, et s'il ne le faisait pas, il respectait en définitive la liberté des familles. Vous le forcez maintenant à agir, vous ouvrez une enquête que vous faites porter quelquefois

sur les antécédents de la famille; mais c'est effroyable, cela, messieurs !

Tout se passait, jusqu'à présent, dans un secret absolu. Comment voulez-vous, avec votre organisation nouvelle, que ce secret soit gardé, quelle que soit l'honorabilité des personnes que vous chargerez de ces délicates fonctions ?

Je disais tout à l'heure que tout dépendait du bon choix des hommes. Permettez-moi, à cet égard, de rappeler le mot d'un des plus grands ministres qui aient jamais existé. Le cardinal de Richelieu a dit dans son testament politique que l'art de gouverner a une sorte de partie divine; qu'il faut sans doute apporter de la prudence dans les affaires humaines, mais qu'il y a, en définitive, une autre partie de ces affaires qu'il faut abandonner à l'inspiration, au choix des hommes et à la Providence — dont aujourd'hui on ne parle plus assez. Voilà ce que ce grand ministre, qui pourtant ne reculait pas devant l'emploi des moyens humains, voilà ce qu'il pensait de l'art de gouverner. Et ne croyez pas que l'art d'administrer soit différent de l'art de gouverner : ce serait là une erreur profonde.

Il n'y a que le champ d'action qui soit plus étendu dans un cas que dans l'autre : gouverner, c'est administrer de loin; administrer, c'est gouverner de près : voilà tout! Il faut donc avoir confiance dans les hommes. Savez-vous ce que je trouve dans la *Revue des Deux Mondes?* Je suis bien aise d'avoir ainsi l'occasion de rendre hommage au talent déployé par un rédacteur du *Moniteur universel*, un ancien sous-préfet — vous n'en avez pas beaucoup comme celui-là, aujourd'hui (Rires), — M. Du Bled, qui a publié, dans cette Revue des articles remarquables sur ce sujet. Se plaçant précisément au même point de vue que moi, il s'exprime ainsi :

« En 1876, M. George-L. Harrisson, président du conseil de l'assistance publique de l'Etat de Pensylvanie, publiait un livre où il trace un tableau effrayant des scandales, des abus de tout genre dont souffraient les aliénés... », dans ce pays-là, mais pas en France, « ... les citoyens arbitrairement enfermés comme tels, et il n'hésitait pas — j'appelle toute votre attention sur ce point — à les attribuer « non pas à des lacunes dans la législation américaine, mais « surtout à l'incompétence du personnel chargé de la direction des hôpitaux ». — C'est précisément ce que je disais. — « Les nominations, dit-il énergiquement, sont en général dictées par des considérations politiques; il faut, à tout prix, récompenser d'une manière quelconque un partisan, et on lui accorde une place pour laquelle il n'a aucune aptitude, mais qu'il regarde comme le prix légitime de ses services électoraux. »

Eh bien, messieurs, tout est là : choisissez des hommes. Et, certes, il y en a au ministère de l'intérieur où se conservent

encore quelques bonnes traditions qui, malheureusement, se perdent de plus en plus. Je me plais cependant à reconnaître les bonnes intentions de M. le ministre, et je sais, par quelques rares occasions où j'ai pu le constater, qu'il s'efforce de reprendre les anciennes traditions. Il faut vous hâter, monsieur le ministre. Je suis un vieux magistrat, et j'ai vu bien des choses : jamais une société n'est arrivée à un pareil état de désorganisation. C'est effrayant! Il faut, vraiment, qu'il y ait dans le caractère français, dans les sentiments français, une droiture native et que rien ne peut altérer pour qu'il reste encore quelque chose de notre état social. (Très bien! à droite.)

Je passe à la troisième innovation : les nouvelles commissions. M. le ministre vous a dit : Mais cette commission qu'on veut organiser au ministère de l'intérieur, elle ne peut fonctionner! Vous voulez administrer au ministère de l'intérieur! Mais laissons donc le ministre administrer tout seul. De deux choses l'une : ou les commissions ne s'occuperont pas de leur tâche, ou elles y apporteront un esprit qui ne pourra que gêner singulièrement la haute tutelle du Gouvernement. Enfin, il y a des fonctionnaires nouveaux! Comme s'il n'y avait pas assez de fonctionnaires salariés! On a dit, avec raison, que jusqu'à présent la loi de 1838 ne coûtait rien à l'Etat. Si vous adoptez le système de la commission, vous verrez quelles lourdes charges vous imposerez au Trésor.

Sous l'empire de la loi de 1838, tout se faisait sous une inspiration hautement charitable, et ces inspections d'un caractère moral, les seules qui soient nécessaires, suffisaient pour parer aux vrais abus qui, je le répète, venaient de l'insuffisance du personnel, de la direction. Tel est l'ensemble des considérations que je voulais avoir l'honneur de vous présenter. J'aurais désiré pouvoir le faire d'une façon plus complète; mais j'avais eu à peine le temps de jeter un coup d'œil sur ces grands travaux; j'espère que le Sénat voudra bien leur faire un accueil favorable. (Très bien! très bien! à droite.)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. Messieurs, avant de passer à la discussion des articles, je ne voudrais pas que le Sénat restât sous l'impression, je ne dirai pas des arguments apportés par l'honorable M. de Gavardie, car je crois qu'ils reposent en général sur des erreurs qu'une lecture plus attentive rectifiera. C'est ainsi que, lorsqu'il a adressé à la commission son plus grave reproche, celui d'avoir voulu substituer pour les établissements privés et les domiciles privés la direction de l'autorité publique à la simple surveillance, il a dit le contraire de ce qui est écrit dans le projet de la commission. Mais j'arrive, messieurs, aux observations que M. le ministre a apportées à la tribune et sur lesquelles je ne

dirai en ce moment que peu de mots, comptant que, lorsque viendra la discussion des articles, il pourra être fait plus convenablement une réponse plus complète.

M. le ministre a reproché à la commission du Sénat d'instituer dans chaque département deux commissions pour les aliénés. Il n'en est rien, messieurs. Il existe aujourd'hui dans tous les départements qui ont un asile public une commission de surveillance de cet asile. Cette commission a été instituée dans un intérêt purement administratif et départemental. Sa mission est surtout de veiller à la bonne gestion des intérêts financiers du département, de surveiller la gestion des directeurs et des économes. Elle n'a pas à s'occuper des aliénés, ni de leurs intérêts particuliers, ni de leur liberté individuelle.

La commission unique dont nous avons demandé la création est tout à fait différente; elle a pour unique mission de protéger la liberté individuelle et de sauvegarder les intérêts, si souvent compromis et sacrifiés, des aliénés enfermés dans les asiles. Elle ne se mêle en rien de l'administration de l'asile lui-même, ni des intérêts du département. C'est un premier point sur lequel il ne sera plus fait, j'espère, de nouvelles objections à la commission.

Quant à la composition de la commission permanente, de l'unique commission dont la création est proposée, quelles objections sérieuses peut-elle soulever? Elle se compose de deux éléments essentiels : un homme de science, d'une compétence indiscutable, dans une situation d'indépendance absolue vis-à-vis des intérêts contraires à celui de la liberté individuelle de l'aliéné, et un homme de loi, dans une situation offrant à la défense des intérêts matériels de l'aliéné des garanties qui font souvent défaut aujourd'hui. Voilà, messieurs, les deux éléments essentiels de la commission permanente, indispensables l'un et l'autre à la protection que la loi nouvelle doit assurer à l'aliéné.

M. le Ministre vient de dire que cette commission permanente a un caractère administratif qui la rend inacceptable; que son fonctionnement créerait une administration à côté de celle du préfet.

Messieurs, lorsque la question se discutera, je crois pouvoir affirmer que ce reproche ne pourra pas résister à un examen attentif de la portée des termes de l'article 12 de la commission. J'affirme que, dans les expressions employées pas plus dans les intentions, la commission n'a entendu conférer aux agents de surveillance qu'elle crée la moindre parcelle de pouvoir administratif. Ils sont chargés de surveiller, d'inspecter, de faire des rapports, de donner des avis, soit au pouvoir administratif, soit au pouvoir judiciaire; ils assurent l'exécution de la loi, mais seulement par leur vigilance sur le sort des aliénés de leur circonscription. Ils n'ont jamais aucune décision à rendre.

Si, parmi les termes employés dans l'article, il y en a un qui puisse faire naître un doute, donner le moindre ombrage au pouvoir administratif, la commission, assurément, s'empressera de chercher un autre terme à l'aide duquel sa pensée puisse être plus clairement exprimée. Mais, à part une modificaton à apporter dans le sens que je viens d'indiquer, je crois pouvoir maintenir que ce second reproche, adressé à la commission du Sénat, n'est pas plus fondé que le premier.

M. le ministre a exprimé ensuite cette pensée, que la commission du Sénat avait dû ne pas calculer que tous les asiles d'aliénés ne sont pas situés au chef-lieu ou à son voisinage immédiat, qu'un certain nombre d'entre eux sont à de grandes distances. Je répondrai que la commission, au contraire, a très minutieusement étudié la situation, asile par asile, et j'ajoute que lorsque la discussion viendra, j'apporterai à cette tribune un tableau que je pourrais appeler officiel et qui fera connaître, asile par asile, non seulement les distances à parcourir, mais encore les frais qu'occasionnent les déplacements.

Tout cela a été soigneusement calculé, et ce travail a été fait, il y a deux ans, au ministère de l'intérieur, sur la demande de la commission. Le résultat de ces calculs est encore très au-dessus de la réalité quant aux dépenses et aux distances, car on a calculé toujours à partir du chef-lieu du département, tandis que le projet de la commission du Sénat prévoit les cas où la commission devra résider de préférence au chef-lieu de l'arrondissement dans lequel est situé l'asile départemental.

Quant aux dépenses elles-mêmes, dans lesquelles M. le ministre semble trouver une objection sérieuse, il me suffira de produire les chiffres établis dans les bureaux ministériels pour qu'il reconnaisse qu'elles ne sauraient être considérables et ne peuvent fournir un argument sérieux à opposer à notre proposition. Quant aux difficultés qui naîtraient de la fréquence des déplacements et du travail excessif qui en résulterait, il y a là une objection qui peut être très sérieusement faite au projet du Gouvernement qui impose les mêmes déplacements, les mêmes visites à bref délai à tout aliéné interné, qui les impose, dis-je, au procureur de la République, que la loi nouvelle charge, d'autre part, d'une foule d'obligations auxquelles elle ajoute les déplacements à titre de fonction accessoire et supplémentaire.

Il est bien probable, en effet, que ce supplément de fonctions, cet accessoire, deviendrait écrasant pour ce magistrat; mais il ne saurait en être de même pour l'agent dont il constitue la fonction principale. Je ne dirai plus qu'un mot relativement à la taxe des aliénés que M. le ministre a appelée un impôt peu conforme à l'équité, puisqu'il s'agirait de faire payer à des familles malheureuses une taxe frappée en quelque sorte sur leur propre malheur.

Mon Dieu, messieurs, puisqu'il s'agit d'équité et d'humanité, je crois que c'est la commission du Sénat qui leur donne la meilleure satisfaction. La taxe des aliénés n'est pas autre chose qu'une faible rémunération d'un grand service rendu ; n'est-ce pas sur ce principe, d'ailleurs, que beaucoup d'autres taxes ont été établies dans tous les pays civilisés ? En Angleterre, qui est un pays de raison et de justice, jamais cela n'a motivé une objection. La commission, comme je l'ai dit déjà, a trouvé que le produit de cette taxe pourrait alléger considérablement les charges, bien légères d'ailleurs, que le contrôle du service des aliénés doit imposer à l'Etat. Elle a vu là un expédient avantageux. Elle l'a emprunté à l'Angleterre, et elle persiste à croire qu'il devrait être adopté dans notre pays.

En résumé, messieurs, j'espère que dans la suite de cette discussion le Sénat reconnaîtra que, sans le régime de surveillance et de contrôle dont la commission permanente est l'élément le plus essentiel, tous les efforts pour améliorer la loi de 1838 aboutiraient à une déception, la surveillance établie par la loi sur les asiles resterait insuffisante ; celle que le projet du Gouvernement promet aux aliénés gardés hors des asiles n'existerait pas. Il ne faut pas oublier qu'il y a environ la moitié des aliénés qui sont dans cette dernière condition, où n'existe aucune garantie et où l'expérience prouve chaque jour que s'opèrent les séquestrations arbitraires les plus odieuses.

M. de Gavardie. Voyez les statistiques criminelles ; vous verrez combien il y en a. C'est un roman !

M. le Rapporteur. Vous fournirez vos preuves, monsieur de Gavardie. Vous avez déclaré que nous avions le temps de discuter. Nous reprendrons, avec vous, tous les points en détail, si vous le désirez. Je crois, messieurs, qu'au fond M. le ministre est du même avis que la commission sur les principes, sur la nécessité d'une surveillance et d'un contrôle qui, dans les conditions présentes, n'existent pas. C'est sur la forme et sur le mode d'exécution que portent surtout nos dissentiments. Si je ne me trompe pas, si dans la pensée du Gouvernement il s'agit d'améliorer le projet de la commission et non de le supprimer, il me semble impossible qu'animés d'un désir commun, cherchant à atteindre le même but, nous ne finissions pas par nous entendre sur les moyens. Je persiste, messieurs, à conserver cette espérance. (Très bien ! très bien ! sur divers bancs).

M. le Président. Quelqu'un demande-t-il encore la parole pour la discussion générale ?...

La discussion générale est close.

Je donne lecture de l'article 1er...

M. le Rapporteur. Monsieur le président, l'article 1er contient trois ou quatre paragraphes très importants et qui, je crois, donneront lieu à de longs développements. Il vaudrait mieux renvoyer la suite de la discussion à la prochaine séance.

M. le Président. M. le rapporteur demande le renvoi à la prochaine séance. Il n'y a pas d'opposition ?... (Non non !) La délibération est renvoyée à la prochaine séance. *(A suivre.)*

FAITS DIVERS

Nominations et Promotions. — *Arrêté du 26 juin* 1886 : M. le Dr Donnet, médecin en chef de l'asile de Bordeaux, est promu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er juin.

— *Arrêté du 29 juillet* 1886 : Ont été promus pour prendre rang à partir du 1er juillet 1886 :

A la classe exceptionnelle de leur grade (8,000 fr.), MM. les Drs Remerchon, directeur médecin en chef de l'asile Sainte-Catherine d'Yseure (Allier), et Bouteille, directeur médecin en chef de l'asile de Toulouse ;

A la 1re classe (7,000 fr.), M. le Dr Doutrebente, directeur médecin en chef de l'asile de Blois ;

A la 2e classe (6,000 fr.), M. le Dr Marandon de Montyel, directeur médecin en chef de l'asile de Dijon.

Ont été promus, pour prendre rang à partir du 1er août 1886 :

A la 3e classe de son grade (5,000 fr.), M. le Dr Belle, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord) ;

A la classe exceptionnelle de leur grade (4,000 fr.), MM. les Drs Guyot, médecin adjoint à l'asile de Quatre-Mares, et Nollé, médecin adjoint de l'asile de Dijon.

— *Arrêté du 6 août* 1886 : M. le Dr Adam, médecin adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne), est nommé médecin adjoint de l'asile de Blois (Loir-et-Cher), en remplacement de M. le Dr Millet, décidé, et maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade.

— *Arrêté du 6 août* 1886 : M. le Dr Kéraval, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse, est nommé à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er août 1886.

— *Arrêté du 14 août* 1886 : Mr le Dr Pichenot, médecin adjoint à l'asile de Bassens (Savoie), est nommé médecin adjoint à l'asile d'Auxerre.

— *Arrêté du 8 septembre* 1886 : M. le Dr Broquère, médecin adjoint de l'asile de Saint-Méen, près Rennes, est nommé médecin adjoint de l'asile de Bassens (Savoie), est promu à la 1re classe de son grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du 10 septembre* 1886 : M. le Dr Belletrud est nommé médecin adjoint de l'asile de Saint-Méen (Ile-et-Vilaine) et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 14 octobre* 1886 : M. le Dr Doursout, directeur médecin en chef de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est promu à la 3e classe de son grade (5,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er octobre 1886.

— *Arrêté du 18 octobre* 1886 : M. le Dr Pichon, chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, est nommé médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.), pour prendre rang à partir du 1er novembre 1886.

— M. le Dr Rueff, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté de Paris, est nommé deuxième médecin adjoint de l'infirmerie spéciale du dépôt de la préfecture de police.

— M. le Dr Taty (J.-M.), ancien interne de l'asile de Bron, est nommé pour deux ans, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Lemoine, appelé à d'autres fonctions. — M. le Dr Laffitte, directeur-médecin en chef de l'asile Saint-Luc, près Pau, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé directeur-médecin en chef honoraire. — M. le Dr Marandon de Montyel, directeur-médecin en chef de l'asile de Dijon, est nommé directeur-médecin en chef de l'asile Saint-Luc. — M. le Dr Dumas, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est nommé directeur-médecin en chef de l'asile de Dijon, et placé dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.). — M. le Dr Nollet, médecin adjoint à l'asile de Dijon, est nommé médecin adjoint à l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), en remplacement de M. le Dr Vidal. — M. le Dr Bellat, médecin adjoint à l'asile de Prémontré, est nommé médecin adjoint à l'asile de Dijon. (*Arrêtés du 29 octobre, des 5, 15 et 20 novembre.*)

— Dans sa séance annuelle du 9 août 1886, l'Association médico-psychologique anglaise a nommé, sur la proposition du Dr Hack Tuke, membre honoraire, M. le Dr Théophile Roussel, sénateur, et membre correspondant, M. le Dr Victor Parant, médecin de la Maison de santé de Toulouse.

Nécrologie. — Le Dr Barazer de Lannurien, ancien médecin

préposé responsable du quartier d'aliénés de l'hospice de Morlaix, est décédé dans cette ville, au mois d'août 1886.

— Nous apprenons la mort de M. le Dr Allemandou, ancien médecin adjoint de l'asile d'Armentières, et directeur médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Alban (Lozère). Il est décédé le 10 octobre 1886, à l'âge de cinquante-sept ans, à la suite d'une longue maladie.

— Le Dr George C. Catlett, directeur de l'asile d'aliénés de l'Etat de Missouri, est mort le 19 mai, de cystite aiguë. Né le 20 juin 1828, le Dr Catlett avait donc cinquante-huit ans au moment de sa mort. Il fit son éducation à l'Académie de Kentucky et il étudia la médecine à l'Université de Pensylvanie, où il prit ses grades en 1851. De 1858 à 1861, le Dr Catlett fut un des rédacteurs du *Saint-Joseph medical surgical journal*, mais il suspendit ses fonctions à la déclaration de la guerre pour entrer dans le service des confédérés comme chirurgien. Il fut de la plupart des campagnes mémorables de cette lutte desespérée et en laissa un rapport remarquable. Quand le collège de Saint-Joseph fut établi en 1877, le Dr Catlett fut nommé professeur de physiologie et des maladies nerveuses et mentales. Le Dr Catlett était très connu et sa mort est une perte sérieuse, non seulement pour le corps médical, mais également pour l'Etat. (*Journal of Insanity*, oct 1886).

— Par la mort du Dr James Eames, l'asile d'aliénés du district de Cork perd un habile directeur médical. Il etait professeur de médecine physiologique au Queen's College à Cork. Comme chirurgien également, le Dr Eames avait acquis quelque distinction. Il servit dans la guerre de Crimée et publia plusieurs articles intéressants sur des sujets de chirurgie. (*Ibid.*)

— Le Dr Joseph Lalor, directeur médical pendant plusieurs années de l'asile d'aliénés du district de Richmond à Dublin, est mort en août dernier. Il était dans sa soixante-seizième année et avait pris sa retraite quelques semaines avant sa mort. Il était connu comme partisan de l'éducation des aliénés et l'asile de Richmond où il mettait en pratique sa méthode est un des plus curieux de la Grande-Bretagne. (*Ibid.*)

— Le Dr Thomas Alexandre Mac Bride est mort le 31 août à bord du steamer *Aller*, d'un affection rénale. Il revenait en Amérique après avoir passé une saison à Carlsbad. Né en 1844, il fit ses études de médecine au Bellevue hospital où il occupa successivement et avec distinction la fonction d'assistant des cliniques médicales du collège, de premier assistant de la clinique du Dr Séguin, de professeur de clinique médicale à la même école. Il s'appliqua spécialement à l'étude des manifestations nerveuses, des maladies d'assimilation et spécialement à l'application des

instruments de précision à leur étude. Citons parmi ses études: « *Le pouls lent et les troubles rythmiques du pouls.* », « *de la température dans l'anémie* » ; « *de l'Utilité du sphygmographe en médecine* »; « *du Coma dans la maladie de Bright chronique* » ; « *du diagnostic précoce de la chronicité de la maladie de Bright* ». Il a également publié un certain nombre d'observations intéressantes, parmi lesquelles nous citerons : « *Un cas d'anurie hystérique* guérie par la cure d'une ultération du col de l'utérus », et « *Une tumeur du thalamus optique perforant le corps calleux* ». — La plupart de ses études furent publiées dans le *Journal des maladies nerveuses et mentales* de New-York. (*The Journal of nervous and mental diseases*, n°s 9 et 10, 1886.)

Le nouvel asile des aliénés du Morbihan. — L'asile des aliénés de Lesvellec, près Vannes (Morbihan), a été ouvert le 1er mars dernier. Construit sur les indications de MM. Dumesnil, Lunier et Foville, pour 500 malades, dont 440 du régime commun et 60 pensionnaires, l'asile renferme, aujourd'hui, 472 indigents et 18 pensionnaires. Etudié avec le plus grand soin par les inspecteurs généraux, le nouvel établissement constitue, de l'avis des personnes les plus compétentes, un de nos meilleurs établissements, sous le rapport de l'hygiène, du confortable et de la surveillance.

L'asile couronne un plateau qui mesure 70 hectares environ. Vue magnifique de tous les côtés : au midi, Vannes et le golfe: au nord, les collines qui limitent le camp de Meucon; à l'ouest les villages de Grandchamps, Plescop, Mériadeck, dans le lointain Sainte-Anne d'Auray; à l'est, le village de Saint-Avé, dont dépend l'asile.

M. le Dr Taguet a conduit avec plein succès l'organisation administrative et médicale du nouvel asile et a su mériter les félicitations du ministre et du conseil général du Morbihan pour l'intelligence, le zèle et le dévouement apportés dans sa délicate mission. (*Annales médico-psych.*)

Académie de médecine. — *Prix décernés pour le concours de 1886.*

Prix Amussat. — 1,000 fr. Un seul mémoire a concouru. L'Académie décerne le prix à M. le Dr G. Assaky, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, pour son mémoire : *De la suture des nerfs à distance.*

Prix Civrieux. — 1,000 fr. *La migraine.* Douze mémoires ont concouru. L'Académie partage le prix entre : MM. les Drs L. Thomas et Régeard (de Paris). Elle accorde des mentions honorables à MM. les Drs Liégeois (de Bainville-aux-Saules) et Georges Martin (de Bordeaux).

Prix Falret. — 1,000 fr. *Des rapports entre la paralysie générale et la cérébrale.* Aucun mémoire n'ayant été adressé, l'Académie remet la même question au concours pour 1887.

Prix Godard. — 1,000 fr. Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie interne. Dix-neuf mémoires ont concouru. L'Académie partage le prix entre : 1° Mlle A. Klumpke (de Paris), pour son travail : *Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial* ; 2° M. le Dr Léon Perrin (de Marseille), pour son *Mémoire sur la sarcomatose cutanée.* Elle accorde une mention honorable à M. le Dr Fernand Roux (de Paris), pour son *Traité pratique des pays chauds (maladies infectieuses).*

Prix Portal. — 600 fr. *Le goître exophtalmique.* Trois mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le Dr Liégeois (de Bainville-aux-Saules.)

Sujets proposés au concours :

Prix de l'Académie pour 1889. — *Physiologie du nerf pneumogastrique.*

Prix Civrieux. — 1887 : Des névralgies vésicales. — 1888 : Des hallucinations de l'ouïe. — 1889 : Des troubles de la sensibilité dans le tabès.

Prix de l'hygiène de l'Enfance. — 1887 : Etude clinique sur l'athrepsie.

Prix Lefèvre. — 1887 : De la mélancolie.

Prix Falret. — 1888 : Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis.

Asiles d'aliénés de la Seine. — 1° *Concours pour la bourse de voyage.* — Cette *bourse de voyage* (2,000 fr.) a été accordée à M. le Dr Pichon, chef de clinique de la Faculté. Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes : *Ventricule latéral ; Diagnostic différentiel de la paralysie générale.*

2° *Concours pour l'internat.* — Ce concours s'est ouvert le 6 décembre. Le jury était constitué par MM. Bigot, Bouilly, Bourneville, Dagonet, Deny, de la Maestre et Rendu. Les candidats étaient au nombre de 14.

La question écrite a été : *Artères de l'encéphale, circulation cérébrale* ; les questions restées dans l'urne étaient : *Substance grise de la moelle* ; — *Lobe cérébral antérieur.* — Questions orales : 1° *Symptômes et marche de la scarlatine régulière* ; *anthrax* ; — 2° *Signes et diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire* ; *fractures de la clavicule* ; — Les questions restées dans l'urne étaient : 1° *Diagnostic de la pleurésie aiguë* ; *fracture de l'extrémité inférieure du radius* ; — 2° *Ulcère simple de l'estomac* ; *diagnostic des luxations de l'épaule* ; — 3° *Erysipèle de la face* ; *fractures du col du fémur* ; — 4° *Signes et diagnostic du rétrécissement mitral* ; *hydrocèle de la tunique vaginale.*

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Sérieux, Gresset, Henry, Gilles, Bruant, Souza-Leite et Breitmann. Les

internes provisoires sont : MM. Lwoff, Caryophillis, Thenet, Gilbert et Mary. La question écrite a été remarquablement traitée de l'avis de tous les juges; les épreuves orales ont été moins bonnes, ce qui tient à ce que les candidats ne s'exercent pas suffisamment par des conférences régulières comme le font les candidats à l'internat des hôpitaux.

Le jury, à la fin du concours, a adressé à M. le préfet de la Seine un vœu demandant que, à l'avenir, les internes des asiles soient recrutés par le concours général de l'internat des hôpitaux. Il y aurait à cela, suivant nous, de grands avantages: 1° L'émulation serait plus considérable; — 2° en raison du passage des internes, par roulement, dans les asiles, un plus grand nombre seraient mis en mesure de bien connaître les maladies mentales; 3° il y aurait moins de dépenses pour le département, moins de dérangement de médecins; plus d'unité dans l'ensemble des services hospitaliers. — La Commission de surveillance des asiles, à laquelle ce vœu a été communiqué, a émis un avis favorable.

Commission de surveillance. — M. le professeur Béclard, ayant donné sa démission de membre de ladite commission, a été remplacé par M. Davoust, conseiller général. — La Commission est ainsi composée : MM. Barbier, Bourneville, Caron, Davoust, Du Mesnil, Huart, Pothier, Puteaux, Robinet, Rousselle, H. Thulié.

Affaire de l'asile Saint-Georges (Ain). — Le tribunal correctionnel de Bourg a eu à s'occuper de deux affaires regrettables. La première est relative à l'assassinat d'un aliéné nommé Lambert par l'aliéné Gauthier. Le ministère public a poursuivi le gardien Guénin pour défaut de surveillance, et rend la directrice de la congrégation de Saint-Joseph civilement responsable.

La seconde affaire, dite affaire Louvry, jette un jour curieux sur la façon dont certains asiles d'aliénés sont dirigés par les sœurs; M. Lacuire, médecin en chef de l'asile; la supérieure Anaïs Laville, sœur de Chantal, et les deux gardiens Chanel et Féret sont poursuivis pour coups et blessures sur la personne de Louvry. Les débats démontrent que ce malheureux malade a été battu, attaché, qu'il est resté 10 mois 1/2 dans une cellule avec des fers qui l'ont blessé aux pieds et aux mains. Il a fabriqué une clef avec laquelle il a ouvert quinze portes et s'est évadé. Le Dr Lacuire dit qu'il était seulement médecin consultant, et que la *direction était à la sœur Laville, qui faisait ce qu'elle voulait.* Le tribunal de Bourg a condamné M. le Dr Lacuire et la supérieure Jeanne de Chantal (Mme Laville) à 200 fr. d'amende chacun, et les gardiens Ferret et Chanel à 100 fr.

La congrégation de Saint-Joseph est celle que le conseil général de la Seine a renvoyé de ses asiles. Les incidents semblables à ceux qui se sont produits à l'asile Saint-Georges sont loin d'être

rares dans les asiles de ce genre. Les sœurs sont tout; le médecin est leur humble serviteur; il ne voit que ce que madame la supérieure — qui le paie — veut bien lui faire voir. On peut mettre et maintenir dans ses asiles qui on veut. Les réformes les plus importantes à réaliser et qui auraient dû être réalisées depuis huit ou dix ans sont les suivantes : suppression des asiles privés faisant fonction d'asiles publics; — suppression des sœurs dans tous les asiles publics.

Asile de Clermont (Oise). — M. le Dr Cullerre, médecin-directeur de l'asile de la Roche-sur-Yon, vient d'être nommé médecin en chef de l'asile de Clermont.

Nomination. — Le conseil communal de Gand vient de ratifier la nomination de M. le Dr Morel, en qualité de médecin en chef de l'Hospice Guislain. (*Annales de la Soc. de méd. de Gand*, nov.)

Statistique des aliénés dans les institutions de la cité de New-York. — Le nombre des aliénés renfermés dans ces institutions est de 5,237, d'après *The medical Record de N.-Y.* (23 oct. 1886). Ils se répartissent comme il suit : à l'asile de Ward's Island, 1,944 hommes; — à l'asile de Blackwell's Island, 1,879 femmes; — 614 femmes dans une section de Ward's Islands; — 150 femmes dans l'hôpital homœopathique; — 650 épileptiques et idiots à Randall's Island; total : 5,237. Les Commissaires de charité ont acheté 1,000 acres de terre dans le comté de Suffolk, à Long Island et il est à espérer qu'avant peu les deux tiers des aliénés pourront être transférés aux *cottages* de la ferme de Long Island.

Asile pour les ivrognes. — On vient de créer un asile pour traiter les ivrognes à Milan. On sait qu'il existe plusieurs asiles de ce genre en Amérique.

Asile d'Utica. — *The New-York Med. Journ.* du 18 déc., nous annonce que M. le Dr G. A. Blumer, qui a été pendant quelque temps, médecin assistant à cet asile, vient d'y être nommé superintendant à la place du Dr Gray, décédé, sur lequel nous publierons une notice, dans le prochain numéro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Battesti (F.) — *Le Mariage au point de vue de l'hérédité.* Volume in-8° de 69 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, 1886. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier.

CHARCOT (J.-M.). — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, professées à la Salpêtrière et recueillies par MM. BABINSKI, BERNARD, FÉRÉ, GUINON, MARIE et GILLES DE LA TOURETTE. — Tome III, 2e fascicule. — Un volume in-8 de 380 pages avec 64 figures dans le texte. — Prix : 9 fr.; pour nos abonnés. prix : 6 fr. — Ce fascicule complète le tome troisième.

DUFOUR (E.) — *Asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère). — Compte-rendu du service médical pendant l'année* 1885. Brochure in-8o de 19 pages. Grenoble, 1886. — Imprimerie F. Allier.

DUGUET. — *Goitres et médication iodée interstitielle.* Volume in-8o de 132 pages. - Paris, 1886. — G. Steinheil.

HOVELACQUE (A.) et HERVÉ (G.) *Précis d'anthropologie.* Volume in-8o de 655 pages, avec 20 figures. — Prix : 10 fr. — Paris 1886. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier.

INDEX-CATALOGUE OF THE LIBRARY OF THE SURGEON-GENERAL'S OFFICE UNITED STATES ARMY. — Vol. VII : INSIGNARÈS-LEGHORN. Volume in-4o cartonné de 959 pages. — Washington, 1886. — Governement printing Office.

LETOURNEAU (CH.) — *L'Evolution de la morale.* Volume in-8o de 479 pages. — Paris, 1886. - Librairie A. Delahaye et E. Lecrosuier.

SOURY (J.) — *Histoire des doctrines psychologiques contemporaines. — Les fonctions du cerveau* (Doctrines de F. GOLTZ. Leçons professées à l'École pratique des Hautes Etudes (1886). Volume in-8o de 87 pages. Paris, 1886. — J. B. Baillière et fils.

PUBLICATIONS DU PROGRÈS MÉDICAL. — *Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines à Loudun, XVIIe siècle.* Auto-biographie d'une hystérique possédée d'après le manuscrit inédit de la Bibliothèque de Tours. — Annotée et publiée par MM. les Drs G. LEGUÉ et G. DE LA TOURETTE. — Préface de M. le professeur CHARCOT, membre de l'Institut. — Un beau volume in-8 de 330 pages. Papier vélin, prix : 6 fr.; pour nos abounés : 4 fr. — Papier Japon, prix : 25 fr.; pour nos abonnés : 20 fr.

AVIS A NOS LECTEURS. — *Nous appelons vivement l'attention de nos lecteurs sur la* DISCUSSION, AU SÉNAT, DE LA NOUVELLE LOI SUR LES ALIÉNÉS. *En reproduisant ces débats, nous croyons être agréable à tous les médecins des asiles d'aliénés, de quelque nationalité qu'ils soient. De plus, nous insérerons dans la mesure du possible, les lettres commentant ou critiquant cette discussion qu'ils voudraient bien nous adresser. — Enfin, nous prions ceux d'entre eux dont l'abonnement vient d'expirer de bien vouloir nous adresser le montant de leur réabonnement.*

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Evreux Ch. HERISSEY. Imp. — 187.

Vol. XIII. Mars 1887. N° 38.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DE LA SURDITÉ VERBALE ;

Par le Dr H. ARNAUD (de la Jasse).

Sous l'influence des travaux déjà nombreux de Wernicke, Kussmaull, Kohler et Pick, Broadbent, etc., à l'étranger ; en France de MM. Charcot, Magnan, Legrand du Saulle et leurs élèves, le syndrome aphasie a, comme on le sait, été décomposé en syndromes plus simples, l'aphémie ou logoplégie, la surdité verbale, la cécité verbale et l'agraphie.

Si l'on se place à un point de vue exclusivement clinique, on peut être tenté de repousser ce morcellement de l'aphasie ; on se basera pour cela sur ce que : 1° le plus souvent les diverses formes de l'aphasie sont combinées chez le même sujet à des degrés divers et la constatation isolée de chacune d'elles est relativement rare; 2° dans un même fait, le tableau clinique peut varier d'un instant à l'autre, au point que l'on trouvera des signes d'aphasie motrice, alors que l'on s'est cru la veille en présence d'une aphasie

purement sensorielle, et *vice versa*; 3° après avoir diagnostiqué pendant la vie une forme déterminée d'aphasie, on a trouvé après la mort des lésions se rapportant à une forme d'aphasie différente.

Mais en admettant la vérité des propositions précédentes, est-on en droit de condamner l'analyse clinique et physiologique qui a permis de distinguer les uns des autres divers troubles de la fonction du langage, d'expliquer chacun de ces troubles par une lésion cérébrale déterminée, et d'introduire par suite une précision plus grande dans le diagnostic des cas complexes, aussi bien que des cas simples d'aphasie? Je ne le pense pas. Si elles ont pour but, non pas de séparer les uns des autres des faits cliniques dont les analogies sont évidentes, mais de mieux comparer ces faits entre eux, de mieux en approfondir l'étude, de mieux les comprendre, de mieux en pénétrer le mécanisme, alors les divisions rationnelles introduites dans le domaine de l'aphasie s'imposent à l'approbation de tout observateur impartial.

Il me semble même possible et utile de pousser plus loin qu'on ne l'a fait généralement l'analyse clinique, et de distinguer, par exemple, dans chacun des quatre syndromes devenus classiques de l'aphasie, un certain nombre de types cliniques plus simples et non moins faciles à caractériser; en d'autres termes, je ne crois pas que le diagnostic ait été porté aux dernières limites de la précision quand on a dit qu'un malade était atteint d'aphémie ou de surdité verbale, de cécité verbale ou d'agraphie. On peut aller plus loin.

Déjà l'attention a été attirée vers les aphasies dites de conductibilité (*leitungs aphasie*) et Lichteim a cons-

truit un ingénieux schéma, qui lui a permis d'admettre huit formes d'aphasie[1]. Bien que ce schéma me paraisse incomplet et défectueux, je ne considère pas moins la tentative de Lichteim comme digne d'éloges : il y a là une voie ouverte dans laquelle il est maintenant permis de s'engager. Seulement, pour aboutir à des résultats acceptables, on ne doit pas partir d'une théorie préconçue et faire plier les faits à l'interprétation théorique ; il faut partir des faits eux-mêmes, de l'observation clinique, chercher des formes, des types bien distincts d'aphasie ; quand ces faits auront été trouvés, on pourra alors en rechercher l'explication théorique, facile et rationnelle. Mon but actuel est l'étude et l'interprétation d'un certain nombre de faits cliniques appartenant à la surdité verbale.

D'après M. Bernard[2], « la surdité verbale est l'impossibilité de comprendre la signification de la parole entendue, et même de tous les sons devenus conventionnellement représentation d'idées. C'est l'amnésie des signes audibles, la perte ou l'altération plus ou moins complète de la mémoire de la signification des sons ».

Dans son travail non moins remarquable, M. G. Ballet admet — avec raison, je crois — d'après H. Munck[3]

[1] Lichteim. — *a*) Communication au Congrès des Neurologistes et Aliénistes de l'Allemagne du sud-ouest. Session de Bade, juin 1884. — *b*) *Ueber aphasie* (*Deutsch. Arch. für Klin. Med.*, 1883, p. 203. Reproduit in *Brain*, 1885. — *c*) Kéraval, in *Arch. de Neurologie*, vol. IX, 1885. — *d*) Thomsen, in *Centr. f. Klinick. Med.*, nº 24. 1885. — *e*) G. Ballet, *Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie*. Paris, 1886, p. 17.

[2] Bernard. — *De l'aphasie et de ses diverses formes*. Th. de Paris, 1885, p. 145.

[3] H. Munck. — Voir : Duret, *La physiologie des localisations cérébrales en Allemagne* in *Progrès médical*, nº 9 et suiv., 1879, et G. Ballet, *Recherches anat. et clin. sur le faisceau sensitif*. Paris, 1881.

une distinction entre la *surdité corticale* ou *cérébrale*, la *surdité psychique* et la *surdité des mots*. Peut-être pourrait-on reprocher aux expressions employées de prêter à la confusion : en effet, la *surdité des mots* n'est-elle pas une surdité *cérébrale*, c'est-à-dire par atteinte du cerveau, aussi bien que la surdité corticale de Munck ? Mais les distinctions proposées n'en sont pas moins nécessaires, et l'on me permettra même d'accentuer plus nettement qu'on ne l'a fait la séparation des divers groupes de *surdités dues à une atteinte cérébrale*. On peut diviser celles-ci en totales et partielles. Les surdités totales par atteinte cérébrale sont :

1° La *surdité corticale*, caractérisée par le défaut total de l'audition, par l'absence totale de formation des images des mots et des sons;

2° La *surdité psychique*, caractérisée par l'audition brute, avec défaut d'intelligence des sons et des mots entendus. « Un individu frappé de surdité psychique entendra les sons, mais sera incapable de comprendre la signification de ces sons et la signification des mots[1]. »

Les surdités partielles par atteinte cérébrale sont loin d'être rares, et on les trouvera sans doute plus nombreuses encore, quand on leur aura accordé toute l'attention qu'elles méritent. J'en ai observé pour ma part un assez grand nombre; j'ai vu, par exemple, des personnes qui n'entendaient absolument pas le tic-tac de la montre, et qui percevaient nettement d'autres bruits, tels que celui des pas, celui d'un timbre métal-

[1] G. Ballet. — *Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie*. Th. d'agrég. Paris, 1886, p. 91.

lique, celui de la voix humaine, etc. ; d'autres ne saisissaient pas du tout les sons graves et saisissaient au contraire fort bien les sons aigus ; un autre entendait le bruit du tambour et était insensible à tous les autres sons.

L'une des plus importantes parmi ces surdités partielles par atteinte du cerveau, c'est la *surdité verbale*. On peut avec M. G. Ballet[1] la caractériser en ces termes : « Un individu atteint de surdité des mots entendra les sons, saura les rapporter à l'objet qui les produit, mais ne comprendra pas le sens des mots parlés. » Je ferai seulement observer que la surdité verbale peut se montrer conjointement à d'autres surdités partielles ; c'était le cas des individus dont je rapporterai plus loin l'observation et qui, outre qu'ils ne comprenaient pas la parole, n'entendaient pas le tic-tac de la montre, tandis qu'ils percevaient et comprenaient très bien la plupart des autres bruits : son de la voix, sons musicaux, tintement des cloches, etc.

En tenant compte de ces diverses considérations, je définirai donc la surdité verbale : « Une forme clinique de l'aphasie qui consiste dans l'impossibilité de saisir nettement ou de comprendre la parole, coexistant avec une audition suffisamment nette du son de la voix et une netteté suffisante de l'intelligence ».

La connaissance, aussi complète que possible des faits de surdité verbale publiés jusqu'à ce jour, jointe à l'observation personnelle de quelques faits nouveaux, m'a conduit à admettre que la surdité des mots n'est pas un syndrome simple, irréductible, mais que l'a-

[1] G. Ballet. — *Loc. cit.*, p. 91.

nalyse clinique peut distinguer un certain nombre de syndromes différents, jusqu'à présent confondus sous ce même nom. Nous allons les examiner tour à tour.

I. — On admet généralement que les mots entendus sont projetés en quelque sorte dans le cerveau, où ils viennent former une sorte de magasin, de répertoire d'images (*images auditives des mots*), auxquelles on me permettra de donner aussi le nom d'*images orales*. Ces sortes de résidus, d'impressions spéciales, ou, pour parler comme M. Taine, de sensations qui ont conservé leur aptitude à renaître, ces images, en un mot, ont leur siège en un point particulier du cerveau (centre de la mémoire auditive des mots, centre des images orales), qui paraît être normalement l'écorce de la première circonvolution temporo-sphénoïdale gauche (*mp*, *Fig*. 3, 4, etc.).

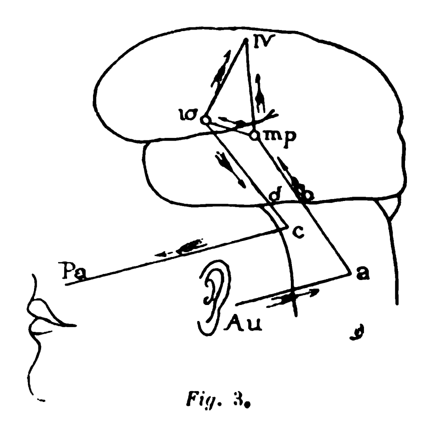


Fig. 3.

La lésion du centre *mp* entraînant l'impossibilité de la formation des images orales aura pour conséquence

un type de surdité verbale auquel je donnerai le nom de *surdité verbale centrale*.

La plupart des cas de surdité verbale centrale se présenteront avec les caractères suivants :

1° La surdité verbale, c'est-à-dire, avec la possibilité d'entendre la voix et la conservation de l'intelligence, l'impossibilité de saisir distinctement la parole ; — 2° le défaut d'imagination orale ; — 3° l'impossibilité de répéter les mots prononcés par autrui ; — 4° l'impossibilité de parler volontairement d'une façon correcte.

Le plus grand nombre des observations de surdité centrale des mots mentionnent, en même temps que la surdité verbale proprement dite et le défaut de répétition des mots, l'impossibilité de s'exprimer correctement. Je citerai comme exemples : l'observation de Wernicke[1] ; celle de Broadbent[2] : « ... Le symptôme principal consistait dans la réduction du langage à un jargon inarticulé, au milieu duquel on distinguait de temps en temps un ou plusieurs mots, tels que « s'il vous plaît, merci » ... En lui ordonnant une action déterminée, on mettait en lumière son défaut de compréhension des paroles d'autrui. Lui demandait-on de donner la main, il tirait invariablement la langue... »

La première observation de Seppili[3] : « L'imperfection avec laquelle la malade prononçait un grand

[1] N. Skwortzoff. — *De la cécité et de la surdité dans l'aphasie.* Th. Paris, 1881, p. 82.

[2] N. Skwortzoff. — *Loc. cit.*, p. 84.

[3] J. Seppili. — *La surdité verbale ou aphasie sensorielle.* (*Revista sperimental di Freniatria*, 1884, fasc. 1, p. 94.)

nombre de paroles était ce qui frappait d'abord. Elles étaient inintelligibles, soit que les syllabes manquassent dans les mots, soit qu'elles y fussent altérées. Lui demandait-on le nom d'un objet présenté? Elle dit un nom absurde, ayant ordinairement une consonnance analogue à celle du véritable[1]; »

Celle de d'Heilly et Chantemesse[2], dont la malade ne prononça que quelques mots, tels que « parce que, parce que », « oui, monsieur, oui monsieur », « du plan », « grâce, monsieur », « je vous remercie, monsieur, je vais mieux », etc.;

Celle de Rosenthall[3], dont la malade n'avait à son service que les mots « sourd, pied, malade, polonais, main, souffre ».

Le symptôme le plus fréquent, celui que Wernicke et Kussmaul considèrent comme caractérisque, c'est la paraphasie; néanmoins celle-ci n'est pas constante, et les troubles de la parole volontaire observés sont de nature assez diverse.

On ne signale pas habituellement dans les observations de surdité verbale centrale le défaut d'imagination orale; c'est à tort que l'on néglige ce symptôme qui n'est pas sans importance. On peut s'assurer de son existence de deux manières : par la constatation du défaut de rêves de mots entendus, et par celle du défaut de représentation mentale volontaire de ces mêmes mots. Bien que l'état de l'imagination orale

[1] Bernard. — *Loc. cit.*, p. 157.
[2] D'Heilly et Chantemesse. — *Note sur un cas de cécité et de surdité verbales.* (*Progrès méd.*, 1883, p. 22.)
[3] Rosenthal. — *Centralbl. für Nervenheilkunde*, 1884. et Bernard, *loc. cit.*, p. 158.

n'ait pas été examiné, que je sache, dans la forme de surdité verbale qui nous occupe, je ne doute pas qu'elle y soit constamment absente, ou tout au moins diminuée. Comment expliquer les symptômes habituels de la surdité verbale centrale?

La formation des images orales consécutivement à l'audition de la parole est absolument nécessaire soit à l'intelligence de la parole, soit à son imagination, soit à sa répétition. C'est là ce que démontre le simple examen de la plupart des schémas de l'appareil du langage, et ce qui ne peut guère être sérieusement contesté. On comprend dès lors aisément que l'abolition de ces images orales, l'impossibilité de leur retour, consécutives à la lésion du centre *mp* de la mémoire auditive, aient pour effet le défaut de répétition des mots en même temps que de leur intel-

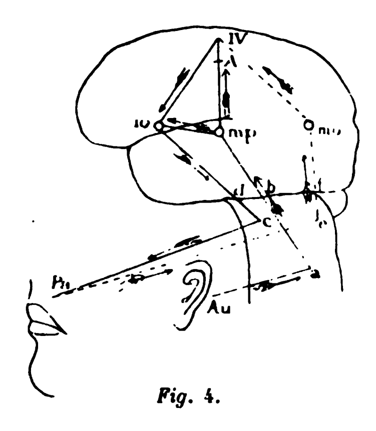


Fig. 4.

ligence et de leur imagination. (Voir le schéma représenté *fig.* 3.) Quant à l'impossibilité de l'articulation volontaire correcte, il n'est guère plus difficile d'en fournir l'explication. Il résulte de l'observation la plus

élémentaire que, pour prononcer correctement les mots, nous avons besoin de les avoir présents à la mémoire. Ainsi l'amnésique verbal, qui jouit de la faculté normale d'articulation, de la faculté normale d'imagination des objets, ne peut pourtant pas désigner ces objets, par cela seul qu'il a perdu le souvenir de l'image des mots correspondants, qu'il ne peut trouver cette image dans sa mémoire. Que l'on me permette de citer à l'appui de mon dire le fait suivant: Ayant la mémoire des noms propres assez infidèle, j'avais à mon service une domestique dont il m'était impossible de prononcer le nom, faute de me le rappeler; après plusieurs tentatives infructueuses, j'usai d'un artifice qui me réussit très bien. Quand je voulais appeler ma domestique, qui se nommait Victorine, je songeais aussitôt à une autre personne qui portait le même nom et que je connaissais depuis bien longtemps; et aussitôt l'image du mot *Victorine* se produisait, et je pouvais articuler le mot sans difficulté. Le souvenir du mot est donc absolument nécessaire à son articulation volontaire correcte; il semble que la volonté, capable de mettre en jeu le centre des impulsions orales (centre de Broca; *io*, *Fig*. 3), est incapable de le faire agir, en quelque sorte, en harmonie avec les besoins du langage, et que le centre *mp* (centre des images orales) exerce une sorte d'influence coordinatrice nécessaire sur le fonctionnement du centre *io*, de telle façon que à la lésion du centre *mp* succède une paraphasie (c'est-à-dire une véritable ataxie de la parole), ou plus généralement une impossibilité d'articulation correcte de la parole volontaire.

II. — Tous les faits de surdité verbale centrale ne se présentent pas avec la symptomatologie précédente, qui est pourtant de beaucoup la plus ordinaire. Il est des cas où la lésion de la première circonvolution temporale gauche se traduit par la seule impossibilité, plus ou moins complète, de comprendre la parole. Tel est le fait de M. Giraudeau[1] : « Lorsqu'on lui demande son nom, elle relève la tête, mais ne répond pas. Interpellée de nouveau, elle répond : « Que me dites-vous ? » A la même question, elle dit : « Je ne comprends pas ». Si l'on attire de nouveau son attention, elle répond correctement : « Bouquinet Marie ».

« A plusieurs reprises nous varions son interrogatoire, et toujours les réponses de la malade sont analogues à celles que nous venons de rapporter. Après avoir eu beaucoup de difficulté à comprendre la première de nos questions, nous l'avoir fait répéter deux ou trois fois, elle y répond, et, quelles que soient les questions ultérieures que nous lui adressons, elle suit son idée première et nous fait des réponses qui n'ont aucun rapport avec ce que nous lui demandons.

« Parfois même il est impossible de lui faire comprendre notre pensée, et à tout ce que nous lui demandons, elle répond invariablement : « Que me dites-vous ? Je ne comprends pas. Guérissez-moi. »

« Cependant l'organe de l'ouïe est intact... Elle lit très facilement l'entête des feuilles d'observation, ainsi que les questions que nous lui adressons par écrit ; elle y répond soit de vive voix, soit par écrit... »

[1] Giraudeau. — *Revue de Médecine*, 1882, t. II, p. 446, et Bernard, *loc. cit.*, p. 150.

« Cette observation, dit M. Charcot[1], démontre qu la surdité verbale, quand elle n'est pas poussée tro loin (obtusion auditive verbale), n'empêche pas le lan gage parlé correct tant qu'il est spontané, et ne l rend inapproprié qu'en tant qu'il s'agit de répondr à une question parlée qu'on ne comprend pas. Si l question est écrite, le malade la comprend (n'ayan pas de cécité verbale), et il y répond correctement soit par écrit, soit verbalement, n'ayant ni aphasi motrice, ni agraphie. L'image visuelle du mot, évoqué par le signe écrit, suffit donc pour que les langage parlé et écrit soient corrects et en rapport avec l'idée alors que l'image auditive fait défaut ; et il est pro bable d'ailleurs que les images visuelle et motrice d mot ravivent, si elle n'est pas complètement éteinte l'image auditive, et alors la notion complexe du mot s complète. » L'explication me paraît satisfaisante, et j n'ai rien à y ajouter. Il est donc possible que, dans cer tains cas, la mémoire visuelle des mots supplée au défau de mémoire auditive, et que par suite la paraphasi consécutive à la surdité verbale centrale n'existe pas

III. — Les considérations précédentes m'amènent dire quelques mots de l'amnésie orale. On a été con duit, dans ces derniers temps, à considérer cette am nésie auditive des mots comme une forme atténuée d la surdité verbale ; ce serait comme un premier degr d'altération du centre des images orales. Qu'il en so ainsi dans un certain nombre de cas, c'est ce qui n me semble pas contestable ; on comprend en effet qu

1. Charcot. — Note mentionnée par G. Ballet, *loc. cit.*, p. 110.

si le centre des images orales est légèrement atteint, il ne puisse plus être mis en jeu sous l'influence de la volonté, tandis qu'il entrera en action sous l'influence d'une excitation plus puissante, telle que l'audition même du mot: c'est là une simple question de degré dans l'excitabilité du centre de la mémoire auditive des mots.

On me permettra toutefois de faire remarquer que l'amnésie orale pourra s'observer en l'absence de toute altération du centre de la mémoire auditive des mots. En effet, l'amnésie orale consiste en définitive dans la difficulté ou l'impossibilité de l'imagination volontaire des mots parlés. Or, pour que cette imagination orale soit possible, il faut non seulement que le centre des images orales soit intact, mais encore que la voie qui fait communiquer ce centre avec la volonté ne soit pas interrompue. Cette dernière interruption suffira donc à produire l'amnésie orale, même en l'absence de lésion du centre de la mémoire auditive des mots; et, en pareil cas, l'amnésie ne sera pas nécessairement le premier degré de la surdité verbale. Je n'insiste pas davantage, et cette restriction faite, je reconnais que, dans le cas de lésion légère du centre des images orales, on pourra observer pour unique symptôme de l'amnésie orale.

IV. — Je ferai entrer dans un troisième groupe de surdités verbales, que j'appellerai *surdités verbales mentales*, les faits caractérisés par la répétition des mots prononcés par autrui, sans *perception consciente* de ces mots.

Un mot peut-il être répété sans que l'on en ait la

perception consciente, sans que l'entendement et la volonté interviennent dans ce phénomène? Cela n'est pas douteux : c'est cette répétition brute et inconsciente des mots qui s'observe sans doute normalement dans le premier âge, chez l'enfant qui répète sans les comprendre les premières syllabes prononcées devant lui; c'est sans doute aussi la répétition brute et inconsciente que présentent d'ordinaire le perroquet et les autres oiseaux qui redisent, sans comprendre, des mots et des phrases entières; c'est elle que l'on observe encore chez l'homme adulte, fatigué par un travail excessif ou absorbé par une préoccupation puissante, qui articule machinalement, sans les comprendre, les derniers mots d'une phrase prononcée par autrui. Pareille chose m'est souvent arrivée à moi-même. Enfin la répétition brute et inconsciente des mots se produit assez fréquemment à l'état pathologique; il me suffira de mentionner le malade écholalique de M. Voisin[1], qui répétait sans les comprendre tous les mots articulés en sa présence; la malade de Béhier[2], qui « ne faisait en français que répéter, comme un écho, les mots qu'elle entendait dire, sans paraître y ajouter aucun sens[3] ».

Quand donc, l'intelligence étant normale, il y a répétition brute et inconsciente des mots; quand les mots ainsi répétés ne sont pas perçus d'une façon distincte par l'entendement, il y a *surdité des mots;* mais

[1] Bateman. — *De l'aphasie ou perte de la parole et de la localisation de la faculté du langage articulé.* Traduit de l'anglais par Villard. Paris, 1870, p. 76. (Cette brochure intéressante est en vente aux bureaux des *Archives.*)

[2] Béhier. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1869, p. 59.

[3] Bernard. — *Loc. cit.*, p. 250.

celle-ci ne saurait être attribuée à une atteinte du centre des images orales, et, dans tous les cas, elle constitue une forme clinique spéciale. On peut même y distinguer deux variétés.

Tantôt le malade répète les mots sans les comprendre, et ne les comprend pas davantage après les avoir répétés : Tel était, semble-t-il, le malade de Marcé[1]. « Dit-on inopinément devant lui « chapeau » ? Il répète et écrit chapeau, mais ne sait pas de quoi il s'agit[2]. » — Tantôt le malade répète les mots sans les avoir compris, mais les comprend après les avoir répétés. « Dans une observation de Bouillaud[3], le malade parvenait à peine à rassembler quelques mots. Seulement il répétait, comme automatiquement, les dernières paroles des phrases qu'on lui adressait, et s'impatientait de ne pouvoir répondre. » Ce cas paraît appartenir à la variété qui nous occupe ; il en est de même du cas de Franckel[4] : « Lorsqu'on questionnait le patient, celui-ci ne comprenait pas tout d'abord, mais il s'efforçait d'articuler les mots. En tâtonnant, il arrivait, au moyen de cette ingénieuse combinaison de l'impression auditive à l'image motrice, à saisir le sens des demandes. Ce malade procédait de même pour l'écriture.. » Je rapprocherai de cet exemple ces cas d'écholaliques qui répètent la question posée sans l'avoir comprise, la comprennent en la répétant, et par

[1] Marcé.— *Mémoire sur quelques obs. de phys. pathol. tendant à démontrer l'existence d'un principe coordinateur de l'écriture*, etc.... (*Mémoire de la Soc. de biol.* 2e s., t. III, p. 102.

[2] Bernard. — *Loc. cit.*, p. 251.)

[3] Bouillaud. — *Arch. gén. de méd.*, 1825, t. VIII, p. 32, et Bernard, *loc. cit.*.

[4] G. Ballet. — *Loc. cit.*, p. 106.

suite peuvent alors y répondre. Tel est le malade de Mlle Skwortzoff[1] : « Avant de répondre à la question, ce malade répétait la même question et répondait ensuite : Comment ça va-t-il ? Il répète : « Comment ça va-t-il », et ajoute : « Ça va bien ». Ça va-t-il mieux ? Il répète : « Ça va-t-il mieux », et ajoute : « Mais oui », Savez-vous le nom de cet objet ? « Savez-vous le nom de cet objet ? c'est un mouchoir. » Dites-moi votre nom. « Dites-moi votre nom. Dutoit. »

Je ne puis m'empêcher de rapprocher cette observation de celle de H. P., le malade de M. Charcot[2]. Le malade de Mlle Skwortzoff paraît être par rapport à la surdité verbale ce qu'est le malade de M. Charcot par rapport à la cécité verbale ; tandis que celui-ci ne pouvait comprendre l'écriture qu'en la copiant, le malade de Mlle Skwortzoff ne pouvait comprendre la parole qu'en la répétant. — Dans les deux cas, à un examen superficiel des patients, l'aphasie sensorielle passerait à coup sûr inaperçue.

V. — Comment se rendre compte de ces nouvelles formes de surdité des mots ? cela me semble assez facile, à l'aide du schéma de la *Fig.* 4.

Supposons une lésion A du trajet *mp*, IV qui fait communiquer avec l'entendement IV le centre des images orales *mp* ; il est facile de voir que la répétition brute des mots ne sera pas impossible, puisque la voie normale *bmpiod*, par laquelle se fait cette répétition n'est pas atteinte ; mais la parole ne sera pas

[1] Skwortzoff. — *Loc. cit.* ; Obs. X, p. 120.
[2] Charcot. — *Des différentes formes de l'aphasie*, etc. (*Progrès médical*, 1885, p. 441 et suiv.)

comprise, puisque l'image orale succédant à l'audition des mots ne pourra plus communiquer avec l'entendement ; on aura perdu en outre, dans ce cas, l'imagination orale. Alors deux choses pourront se produire : ou bien la parole, qui n'avait pas été comprise tout d'abord, sera comprise après avoir été prononcée par l'individu atteint de surdité verbale mentale, ou bien elle ne sera pas comprise du tout.

Dans le premier cas, on s'explique le fait par l'intégrité de la mémoire des mouvements de la parole ; dans le second cas, par le défaut de fonctionnement de cette mémoire.

Mais qu'est-ce que la mémoire des mouvements de la parole ? On donne généralement ce nom au centre *io* (centre de Broca), que l'on considère ainsi comme ayant une fonction centripète, celle de présider au souvenir des mouvements de la parole accomplis, sans cesser de la considérer comme ayant une fonction centrifuge, celle de présider à l'accomplissement des mouvements de la parole. Je pense qu'on a tort de désigner ainsi le centre de Broca.

Un fait hors de contestation, c'est que le centre *io* préside aux mouvements de la parole : c'est donc un *centre d'impulsion motrice*. Or, ces centres-là ne méritent généralement pas le nom de mémoires ; qui dit *mémoire* dit plutôt centre d'acquisition périphérique, par voie centripète : dira-t-on, par exemple, que la substance grise de la moelle est le siège de la mémoire des mouvements généraux de l'organisme, parce qu'elle préside à l'accomplissement de ces mouvements ? Mais je ne veux pas paraître chicaner sur les mots ; admettons que le centre de Broca, parce qu'il

a son siège dans le cerveau, ou pour toute autre raison, mérite le nom de *mémoire;* cette mémoire, en tant qu'elle actionne la périphérie motrice, est une mémoire motrice, centrifuge, qui agit sur les muscles sous l'influence d'une stimulation volontaire, ou tout au moins cérébrale. Mais rien ne démontre à priori que le centre de Broca soit en même temps une mémoire centripète, destinée à des acquisitions d'origine sensorielle, rien ne prouve qu'il soit destiné à la perception des mouvements musculaires qui s'accomplissent à la périphérie. Il ne mérite donc pas le nom de mémoire des mouvements de la parole, mais plutôt celui de *mémoire des impulsions orales*.

Il y a pourtant lieu d'admettre l'existence d'une véritable *mémoire des mouvements de la parole*. Pour la mettre en évidence, il suffit de se rappeler ce qui se passe chez certains sourds : j'ai connu quelques-uns de ces sourds qui n'entendaient pas plus le son de leur propre voix que celui de la voix d'autrui; et pourtant ils articulaient les mots avec une grande netteté, et, quand il leur arrivait, comme à tout le monde, de commettre quelque erreur, quelque faux pas d'articulation, ils en avaient parfaitement conscience et se reprenaient aussitôt. Ce n'est pas par l'audition de leur propre parole qu'ils se corrigeaient; c'est donc qu'ils étaient avertis de leur erreur de quelque autre manière, et on ne peut imaginer d'autre intervention, en pareil cas, que celle de la *mémoire des mouvements de la parole*.

Et ce que je dis de la parole est également applicable à l'écriture; s'il y a un centre d'impulsion motrice de l'écriture, un centre d'*impulsion graphique*

qui préside normalement à la production des mouvements de l'écriture et qui semble devoir être localisé dans le pied de la deuxième circonvolution frontale gauche, il y a aussi une *mémoire des mouvements de l'écriture*, dont le rôle est de contrôler le fonctionnement de la première. C'est par cette dernière mémoire que nous saisissons les lettres et les mots que l'on nous fait tracer passivement, en imprimant à notre main des mouvements appropriés.

Grâce à cette mémoire des mouvements de l'écriture, il est facile d'expliquer les faits tels que celui de H. G. de M. Charcot, qui « ne lisait qu'en écrivant; de même, grâce à la mémoire des mouvements de la parole, il est facile de comprendre les faits d'écholalie tels que celui de M[lle] Skwortzoff (déja cité).

Ainsi donc, il y a lieu d'admettre, relativement à la parole, deux ordres distincts de mémoire : l'une qui mérite le nom de *mémoire des impulsions orales* affectée à la production des mouvements de la parole, l'autre véritable *mémoire des mouvements de la parole*, destinée à la perception, au contrôle de ces derniers mouvements. Cela posé, doit-on considérer ces deux ordres de mémoire comme siégeant dans un même centre cérébral? Je ne le pense pas.

J'insiste sur ce point : la formation des images des mouvements de la parole est une fonction spéciale, parfaitement distincte de l'impulsion motrice aboutissant à l'articulation des mots. Dans le premier cas, les images formées sont le résultat d'actes périphériques moteurs, transmis par la voie centripète à un centre cérébral d'emmagasinement et de contrôle, qui communique lui-même avec l'entendement, et peut

permettre à celui-ci de bien saisir et de juger sainement ces données périphériques; dans le second cas, les images (si je puis m'exprimer ainsi) sont mises en jeu par un acte volontaire, ou tout au moins cérébral, et elles aboutissent à des contractions musculaires périphériques, qui donnent lieu au langage articulé. La mise en jeu d'organes musculaires ne saurait en aucune façon être confondue avec l'appréciation de leurs contractions. Il n'est donc pas probable à priori que deux actes aussi différents puissent être accomplis par un même organe, qu'ils puissent siéger en un même centre de l'écorce cérébrale; une telle superposition fonctionnelle n'est guère admissible.

D'ailleurs la mémoire des mouvements de la parole, au sens où je la considère, est une dépendance évidente du sens musculaire. Nous avons normalement conscience de la position de nos divers muscles, du degré de leur contraction, et nous en induisons, par exemple, la valeur d'un poids soulevé, la position de nos membres, etc. Ces faits ont conduit à admettre l'existence d'un sens spécial, le sens musculaire, dont il ne semble pas possible de contester la réalité. Il y a donc une mémoire des mouvements musculaires, comme une mémoire de chacun des sens ordinaires, et c'est à cette mémoire du sens musculaire que l'on doit rattacher les mémoires des mouvements de la parole et de l'écriture. Malheureusement nous ne connaissons la localisation d'aucune de ces trois dernières mémoires; mais ce n'est pas une raison pour en nier l'existence. Et peut-on admettre que le centre cérébral sensitif, quel qu'il soit, qui en est le siège, soit en même temps un centre moteur? Peut-on admettre

que ce centre sensitif, où viennent aboutir sans doute des fibres pédonculaires appartenant au faisceau sensitif occupe le même point qu'un centre moteur, en rapport avec des fibres pédonculaires motrices [1] ?

Enfin pour donner une nouvelle preuve de la différence de siège des deux ordres de mémoire qui nous occupent, j'ajouterai que l'on a pu constater, soit à l'état physiologique, soit à l'état pathologique, le fonctionnement normal d'une seule de ces deux mémoires, le fonctionnement de l'autre étant nul ou altéré.

Ainsi, on voit parfois des gens qui font des fautes d'articulation et qui se reprennent; à l'état normal, on peut prétendre que ces gens-là se reprennent parce qu'ils s'entendent parler, bien que habituellement on ne s'écoute pas parler; dans tous les cas, les sourds eux-mêmes, qui ne peuvent pas s'entendre parler, se reprennent aussi; leur mémoire des mouvements de la parole a donc fonctionné correctement, alors que leur mémoire des impulsions orales fonctionnait d'une façon défectueuse. Il y a aussi des aphasiques par lésion du centre de Broca qui ont conscience de l'état défectueux de leur articulation; chez ceux-ci le plus souvent la mémoire des mouvements de la parole est conservée, alors que celle des impulsions orales est supprimée. Enfin, dans le cas de répétition exacte des mots prononcés par autrui, sans intelligence du sens de ces mots, il y a fonctionnement du centre de Broca, sans fonctionnement de la

[1] Voir G. Ballet. — *Rech. anat. et cliniques sur le faisceau sensitif*, 1881, et Ch. Féré. — *Traité élément. d'anat. méd. du système nerveux*. Paris, 1886.

mémoire des mouvements de la parole (écholaliques de Voisin, de Béhier, de Marcé).

Que l'on me permette d'appuyer ces exemples par quelques autres empruntés à l'écriture.

Quand on imprime des mouvements à ma main, pour lui faire tracer passivement des caractères dans l'espace, quand par suite ces caractères sont tracés par moi sans que la mémoire des impulsions graphiques soit entrée en action, j'ai pourtant la notion exacte des caractères ainsi tracés : il y a dans ce cas fonctionnement de la mémoire des mouvements de l'écriture avec repos de la mémoire des impulsions graphiques. Le cas de Marcé, déjà cité plusieurs fois, est un exemple évident du défaut d'action de la mémoire des mouvements de l'écriture avec fonctionnement persistant de la mémoire des impulsions graphiques. On en trouve d'autres exemples dans les auteurs. Enfin le fonctionnement conservé de la mémoire des mouvements de l'écriture en l'absence de mémoire des impulsions graphiques n'est pas moins certain dans le cas de M. Pitres[1].

Il me semble pouvoir conclure de cette discussion : 1° que la mémoire des mouvements de la parole est distincte comme fonction et comme localisation de la mémoire des impulsions orales; 2° que le centre de Broca mérite le nom de mémoire des impulsions orales et non celui de mémoire des mouvements de la parole; 3° que la mémoire des mouvements de la parole, dont la localisation est encore inconnue, doit être considérée comme une dépendance du sens musculaire, et

[1] A. Pitres. — *Considérations sur l'agraphie.* (*Revue de Médecine.* 1884. t. IV, p. 855, et Bernard, *loc. cit.*, p. 228.)

occupe probablement une portion distincte du territoire cérébral affecté à cette dernière mémoire; 4° qu'il y a donc, en résumé, trois centres cérébraux distincts, destinés à la fonction de la parole, deux sensoriels et un moteur, celui-ci (*io*, ***Fig.*** 4) est préposé à l'articulation des mots; des deux autres, l'un (*mp*, ***Fig.*** 4) est

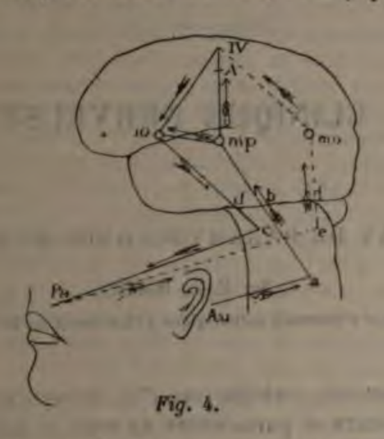


Fig. 4.

destiné à la formation des images orales, l'autre (*mo*, ***Fig.*** 4), dont la localisation n'est pas connue, est destiné à contrôler le fonctionnement du centre des impulsions orales : c'est le centre de la mémoire des mouvements de la parole.

Grâce à cette conception, il devient bien facile de s'expliquer les faits cliniques de surdité verbale, avec répétition brute des mots, suivie ou non d'intelligence de ces mots (voir ***Fig.*** 4).

1er Cas. La parole pénétrant en *Au* suit le trajet intracérébral *bmp* appartenant au faisceau sensitif; en *mp*, il y a formation des images orales correspondantes; celles-ci, par la voie *mp io* actionnent le centre de Broca, *io*, et par la voie *iod*, la parole est répétée;

cette parole ne sera pas comprise s'il y a interruption des trajets *mp* IV et *Paef mo* IV.

2° Cas. Après avoir été répétée, la parole, non comprise d'abord par suite de l'interruption du trajet *mp* IV, sera saisie nettement et comprise par la voie *Paef mo* IV. (*A suivre.*)

CLINIQUE NERVEUSE

UN CAS DE PARAMYOCLONUS MULTIPLE;

Par E.-A. HOMÉN,

Professeur d'Anatomie pathologique à l'Université de Helsingfors.

Les cas certains, publiés jusqu'ici, de cette affection convulsive d'une nature si particulière ne sont, à ma connaissance, qu'au nombre de cinq ou six ; aussi la symptomatologie en est-elle peu fixée encore. Le cas suivant de mon service, qui présente quelques différences avec les précédents, m'a paru, à ce titre, mériter d'être connu.

Herman Johansson, quarante-cinq ans, paysan de Korsnås (Finlande), célibataire, est entré le 18 novembre 1886 dans le service des maladies nerveuses de la clinique de l'Université à Helsingfors. Son père, mort à soixante-dix ans d'une maladie de poitrine (?), était un buveur invétéré ; la mère vit encore et est, paraît-il, d'une bonne santé ; elle n'a pas eu d'autres enfants. Le malade ne pense pas qu'il y ait eu des maladies nerveuses dans sa famille. Il dit avoir toujours été bien portant pendant son enfance, sauf une atteinte de malaria à l'âge de quinze ans. Il avait seize ans lorsqu'une nuit il fut brusquement éveillé et fort effrayé par une querelle bruyante dans la chambre où il couchait ; pris aussitôt d'une attaque convulsive, il perdit connaissance à ce qu'il croit. d'attaque passée, il se rappelle avoir bien dormi le reste de la nuit. Mais, le lendemain, il éprouva des secousses involontaires dans les cuisses, quelque temps plus tard aussi dans les bras, et

rarement à la face ; ces secousses étaient souvent suivies de mouvements involontaires, quelquefois isolés, quelquefois en série et rappelant un tremblement. Depuis lors ces secousses ont persisté, variant un peu de fréquence et d'intensité, sans pourtant jamais disparaître pour longtemps ; en somme, elles sont devenues plus fréquentes et plus fortes. Il a cru remarquer qu'elles se produisaient moins quand il était à l'état de repos, tandis qu'elles étaient provoquées et augmentées par le mouvement, surtout un travail pénible, des émotions ou un état général de fatigue ; aussi le travail lui est-il devenu très difficile ces dernières années. Le malade assure que l'eau-de-vie apaise et supprime même ces secousses pour un peu de temps ; ainsi il peut s'en débarrasser pour un jour entier en prenant de temps en temps un « petit verre » ; mais s'il abuse, s'il s'enivre, il est pris d'une attaque convulsive générale avec perte de connaissance. Le lendemain d'un excès de ce genre il éprouve une grande fatigue et un complet abattement, tandis que les secousses sont plus fréquentes. Il ne faut du reste peut-être pas prendre trop à la lettre l'assurance de J... qu'il n'a pas fait abus de liqueurs fortes. Il dit n'avoir jamais eu de douleurs et avoir toujours été bien portant, sauf une fièvre typhoïde, en 1867, pendant laquelle les secousses ont persisté.

Voici ce que nous avons noté de l'état du malade à son entrée à la clinique : Constitution vigoureuse, muscles bien développés, pas trace d'atrophie, nutrition satisfaisante. L'intelligence et la mémoire paraissent intactes ; les sens ne présentent rien d'anormal ; les pupilles sont égales des deux côtés, leur réaction à la lumière et à l'accommodation sont normales. La sensibilité dans tous ses modes est intacte ; aucune hyperesthésie. Quand il parle, surtout s'il parle depuis un peu longtemps, il lui arrive souvent d'être brusquement interrompu par un hoquet souvent bruyant ; les mouvements de la langue sont libres, comme on le constate en la lui faisant tirer et remuer dans tous les sens. Ce même hoquet lui arrive aussi quelquefois sans qu'il parle. On constate parfois aussi des contractions musculaires dans la face, affectant surtout les muscles de la bouche, les zygomatiques en particulier ; ces contractions sont aussi plus fréquentes quand le sujet parle. En observant pendant un moment les bras, on voit s'y produire de temps en temps des secousses dans certains muscles, les mêmes des deux côtés, mais pas toujours simultanément ; ces secousses n'affectent généralement pas tous les muscles à la fois, mais souvent un seul muscle, quelquefois alternativement. Ces muscles sont surtout le long supinateur, le biceps, le deltoïde, le triceps, les extenseurs du carpe. Les secousses, toujours étendues sur tout le muscle, sont souvent suivies d'un mouvement correspondant, parfois assez violent. Le meilleur moyen de le constater, c'est de faire tenir au malade un objet à la main en étendant le bras ; il

arrive quelquefois que l'objet est fortement projeté à quelque distance par un brusque mouvement de supination.

Les secousses sont souvent isolées; quelquefois cependant elles se produisent par séries non rythmiques dans le même muscle ; elles sont d'une intensité variable et se succèdent souvent assez rapidement ; on peut en compter jusqu'à 20 à 25 en quinze secondes. Elles se produisent souvent symétriquement, sans être toujours isochrones, à ce qu'il paraît; pourtant on peut les limiter à un des côtés en ne faisant étendre qu'un bras. Le malade cependant n'est pas trop empêché dans le travail de ses mains ; il écrit assez facilement, n'étant que rarement interrompu par une secousse.

Quand le malade est étendu, on voit, plus souvent que dans les bras, des secousses semblables dans les quadriceps fémoraux, quelquefois isolées, quelquefois par séries agglomérées et souven sans être tout au plus une demi-heure sans qu'une secousse, au moins légère, se produise. On constate aussi, mais plus rarement, des secousses dans le semi-tendineux, le semi-membraneux et le grand fessier, plus rarement encore dans les adducteurs; il arrive aussi de voir de légères secousses dans quelques muscles du tronc. Au moment où le malade s'endort il se produit souvent de très violentes secousses, mais pas pendant le sommeil; son dire à cet égard est confirmé par les infirmiers et par ses voisins de salle. Assis dans son lit, le malade éprouve parfois, dans les muscles du dos, de fortes secousses qui le rejettent en arrière avec une grande violence. Assis, les pieds reposant sur le plancher, les phénomènes sont à peu près les mêmes que lorsque le malade est étendu ou assis dans son lit, mais s'il lève le pied, ou qu'on le lui soulève, il se produit, surtout dans le quadriceps fémoral, de fortes secousses en rapide succession, jusqu'à cent et plus par minute, et accompagnées de mouvements d'extension correspondants, de façon que le bas de la jambe est agité d'une sorte de tremblement; ces secousses se propagent quelquefois à l'autre jambe et au tronc, surtout aux extenseurs du dos, ce qui fait faire au patient des mouvements saccadés en arrière, comme s'il cherchait à s'empêcher de tomber.

Quand le malade est debout, il se produit des secousses, surtout dans les quadriceps ; on voit alors la rotule s'élever et s'abaisser alternativement ; quelquefois aussi des fléchissements du genou, accompagnés d'extensions brusques ou encore des secousses dans les muscles dorsaux, qui font que le malade risque de tomber en arrière. A cela s'ajoute quelquefois une secousse très étrange de tout le corps, semblable au mouvement que l'on fait en recevant un coup dans l'épigastre. Quand le patient debout rapproche ses pieds l'un de l'autre, surtout s'il ferme en même temps les yeux,

il lui arrive facilement de perdre l'équilibre, principalement par suite de secousses dans les muscles du tronc.

Pendant la marche, sans appui, il se produit, bien plus souvent qu'au repos assis ou debout, des secousses dans les jambes et quelquefois aussi dans le dos, ce qui rend la marche difficile, quelquefois même impossible; si au contraire il peut tenir quelqu'un par la main, il n'éprouve plus guère d'empêchement. On essaya de le mettre dans un bain à 35° centigrades ; mais tout son corps fut pris de mouvements si désordonnés, les bras et les jambes se projetant de-ci et de-là, qu'on fut obligé de le retenir aussitôt.

Le 2 décembre, je présentais Johemsson dans la séance hebdomadaire de la Société finlandaise de médecine. De sa chambre il n'avait qu'un escalier à monter pour se rendre à la salle des séances. Soit l'effort seul, ou joint à l'impression de l'air froid du corridor et à l'émotion (le patient marquait beaucoup de répugnance pour cette présentation), il se produisit des secousses si fortes, et en particulier un mouvement brusque de flexion et de redressement des genoux, qu'on fut obligé d'emporter le sujet sur un brancard et de l'y maintenir; les secousses et les mouvements s'étendaient sur une grande partie du corps, et continuèrent, bien que moins intenses, quand le malade fut étendu sur le brancard. A titre d'expérience, on lui donna alors deux petits verres de cognac ; l'effet fut en vérité frappant : le malade se leva bientôt avec une certaine vigueur et se mit à marcher seul par la chambre sans qu'on pût guère remarquer de secousses.

En général, il semblait que les secousses fussent plus fortes du côté droit; elles paraissent aussi plus intenses en proportion du nombre des muscles qui en sont affectés à la fois.

On ne pouvait constater aucune diminution de la force musculaire. Muscles et nerfs réagissaient d'une manière parfaitement normale aux courants galvanique et faradique. L'excitabilité mécanique des muscles paraissait normale aussi.

C'était en chatouillant à la plante du pied ou en procédant comme pour provoquer le phénomène du pied, qu'on réussissait le mieux à provoquer des secousses, surtout dans le quadriceps fémoral, lesquelles se propageaient quelquefois aux muscles de l'autre cuisse et à ceux du tronc, particulièrement aux muscles dorsaux. En revanche, les tentatives de provoquer des secousses musculaires en chatouillant, pinçant ou piquant la peau de diverses parties du corps, ou en exerçant une pression sur le muscle que l'on voulait affecter, demeurèrent en général sans résultat; cependant on réussit à en produire au moins dans le quadriceps fémoral ou à rendre plus intenses celles qui s'y manifestaient, en manipulant ou en percutant ce muscle pendant un instant. Les réflexes de la peau ne paraissaient pas sensiblement augmentés ; quant aux réflexes tendineux, et en particulier aux réflexes rotuliens, ils

étaient évidemment plutôt diminués. Mais une percussion répétée du tendon rotulien amenait dans le quadriceps fémoris des secousses, quelquefois accompagnées d'une extension presque tétanique de la jambe. On n'a pas pu constater un influence évidente des impressions de chaud et de froid sur la production des secousses musculaires.

Pouls 70 à 80. — Du reste rien à observer sur les organes internes. Les fonctions digestives et urinaires sont normales. L'urine est exempte d'albumine.

Le traitement consista dans l'application d'un courant constant le long du rachis ainsi que sur certains muscles ; au bout de deux semaines on ne voyait pas encore d'effet évident. Le patient avait le mal du pays, voulait absolument retourner chez lui ; sur sa demande instante, on le lui permit.

On voit donc qu'il s'agit ici d'une observation du même genre que les cas de paramyoclonus multiples relatés par Friedreich [1], Löwenfeld [2], Remak [3], Marie [4] et Seeligmuller [5].

En effet, nous avons les mêmes secousses singulières, souvent symétriques, ordinairement non rythmiques, dans des muscles déterminés, symétriques des deux côtés, souvent très distants les uns des autres et qui ne sont pas toujours innervés par le même nerf, par conséquent tout à fait indépendants par la situation et l'innervation. Ces secousses, qui s'étendent sur toute la masse du muscle, sont quelquefois isolées, quelquefois agglomérées, avec des intervalles irréguliers ; elles se produisent tantôt dans un seul muscle, tantôt dans plusieurs à la fois ou alternativement ; elles sont quelquefois accompagnées d'un mouvement correspondant du membre, d'autres fois, pas ; nous voyons encore ces secousses se produire en apparence

[1] *Vischow's Archiv*, t. LXXXI, p. 421. Voir aussi *Neurol. Centralblatt*, 1886, n° 16, où Schultze relate la continuation de l'histoire de la maladie du cas de Friedreich, néphrite, qui s'est ajoutée à la tuberculose.

[2] Bayr. — *Aerstlicher Intelligibl.*, München, 1883, n° 15, d'après le résumé donné par Marie, dans le *Progrès médical*, 1886, n° 12, et le résumé dans « *Jahresberichet über Tortschwitte du médecin Zon Hisselin.* Jahrhoug, VVIII, Bel II, p. 95.

[3] *Arch. Psychiatrie*, t. XV, p. 853.

[4] *Progrès médical*, 1886, n°s 8 et 12. Dans une note, M. Marie cite une observation de Silvastrini (*Spasmo clonico diffuso simmetrico d'origine spinale. Medicina contemporanea*, février 1881), considérée par S. comme un cas de paramyoclonus multiple, mais dans laquelle il manque, d'après Marie, certains détails, pour permettre un diagnostic assez sûr.

[5] *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1886, n° 21.

tout à fait spontanément, mais pouvoir être provoquées artificiellement ; enfin, dans la règle, elles paraissent cesser pendant le sommeil. En même temps l'intelligence, la sensibilité, la force musculaire, la nutrition, la coordination, l'excitabilité électrique et mécanique, les fonctions digestives et urinaires restent intactes.

Cependant ce cas présente quelques différences avec les précédents. Pour l'extension et l'intensité des secousses, il prend rang entre les observations de Friedreich, de Löwenfeld, de Remak et de Marie d'un côté et celle de Seeligmüller de l'autre. Ainsi, dans notre observation, outre les muscles le plus ordinairement affectés, quadriceps fémoral, semi-tendineux, semi-membraneux, le long supinateur, le biceps, le deltoïde, le triceps, les fléchisseurs du carpe, etc., les secousses s'étendaient sur quelques muscles du tronc, le diaphragme, et même, dans une faible mesure, sur les muscles de la face, comme dans le cas douteux de Silvastrini ; tandis que dans l'observation de Seeligmüller, aussi une grande partie des autres muscles du corps étaient le siège de fortes secousses de ce genre. Seeligmüller constate aussi des bruits respiratoires perceptibles, non pas seulement, comme dans notre observation, sous forme d'inspiration sifflante par la contraction du diaphragme mais aussi des bruits expiratoires produits par des secousses des muscles de l'abdomen et d'autres muscles d'expiration. Quant à la fréquence des attaques et des secousses dans chaque attaque, elle est très variable. Ainsi, dans l'observation de Friedreich, au temps du maximum d'excitation, les secousses étaient de 40 à 50 par minute, tandis qu'au moment du plus grand calme, on n'en pouvait compter que de 10 à 20 ; Löwenfeld en compte de 10 à 140, Remak environ 60, tandis que dans notre observation le nombre des secousses monte quelquefois bien à 100 par minute. Friedreich dit qu'il arrivait rarement que les attaques cessaient complètement ou presque tout à fait pendant un temps très court, d'un quart d'heure à une demi-heure. Les secousses étaient presque continues dans le cas de Seeligmüller ; dans le nôtre, il pouvait arriver que pendant une période de repos complet plusieurs des muscles le plus ordinairement affectés demeurassent sans secousses, le quadriceps fémoral pourtant rarement plus d'une demi-heure. Aussi notre cas a confirmé la remarque de Friedreich que l'intensité des secousses est en raison directe de leur fré-

quence et qu'il arrive quelquefois que des secousses de plus en plus précipitées devinssent pendant une ou deux secondes une espèce d'accès tétanique.

L'intensité des secousses isolées n'est pas non plus la même dans toutes les observations ; ainsi elles n'étaient généralement pas accompagnées de mouvements dans celles de Friedreich et de Löwenfeld, tandis que c'était le plus souvent le cas dans celle de Marie, de Seeligmüller et la nôtre.

Quant à la position la plus favorable à la production des secousses, Friedreich, Löwenfeld, Remak et Marie les ont constatées de préférence quand le malade était en repos ; les mouvements volontaires les supprimaient ou les diminuaient. Dans notre observation, au contraire, le mouvement paraît les favoriser, au moins celles des extrémités inférieures et du tronc, au point de rendre quelquefois la marche à peu près impossible. Il en était de même chez le malade de Seeligmüller ; celui-ci dit en effet que tout changement de position du corps amène aussitôt une série de secousses. Dans ces cas, les secousses ont disparu pendant le sommeil ; pas tout à fait dans celui de Remak, et Löwenfeld constate même alors de très faibles secousses dans les jambes. Mais dans notre observation, ainsi que dans celle de Friedreich, les secousses se produisent souvent très nombreuses et souvent très intenses au moment où le malade va s'endormir.

Comme particulier à notre observation, il faut remarquer le singulier effet produit par le soulèvement, actif ou passif, du pied du malade lorsqu'il est assis, les pieds posant sur le plancher; on provoque ainsi des secousses étendues et souvent très intenses, non seulement dans les jambes, mais encore dans les muscles du tronc, surtout du dos, au point que le malade est parfois violemment rejeté en arrière. Relevons aussi l'effet singulièrement apaisant produit par l'eau-de-vie sur les secousses, au point même de les supprimer tout à fait.

Dans le cas que nous relatons, on réussissait à provoquer artificiellement des secousses en chatouillant la plante du pied, ou par une percussion du tendon rotulien, ou encore par une brusque flexion dorsale du pied, mais moins que dans les autres observations par diverses autres excitations de la peau, et moins aussi par une excitation mécanique des muscles mêmes.

Dans les autres cas, les réflexes tendineux, au moins les

réflexes rotuliens étaient augmentés ; dans le nôtre, en revanche les réflexes rotuliens présentaient plutôt une diminution. (Dans le cas de Silvastrini, le réflexe rotulien manquait.) Quant au diagnostic, les tics ou certaines formes de tics sont l'affection à laquelle on serait le plus tenté de rapporter ces observations ; les rapports que présentent en effet ces affections ont été marqués en dernier lieu par Schultze[1]. Toutefois Marie a déjà attiré l'attention sur certaines différences qui devraient autoriser à considérer le paramyoclonus comme un type spécial dans le groupe des secousses musculaires. Les deux premières de ces différences sont que, « dans le paramyoclonus la face reste ordinairement indemne, tandis que chez les tiqueux, au contraire, il est rare que la face ne soit pas ou n'ait pas été atteinte », et que, « les secousses du paramyoclonus cessent dans les mouvements volontaires et ne les troublent donc nullement ». Ces deux objections tombent en présence de l'observation de Seeligmüller et de la nôtre, car dans les deux cas la face était affectée et le mouvement volontaire paraissait exacerber les secousses. Il reste en revanche, comme une différence certaine entre le paramyoclonus et la *maladie des tics convulsifs* (Charcot), le fait que dans cette dernière affection, comme le fait ressortir Guinon[2], « les mouvements présentent dans leur ensemble et dans leur répétition invariable une sorte d'arrangement tel qu'on peut les dire véritablement systématiques » (Charcot), et que « tous ou presque tous les gestes et les mouvements dont souffrent les malades sont la reproduction des gestes et des mouvements de la vie ordinaire », tandis que les contractions du paramyoclonus sont très variables, souvent localisées dans un seul muscle et ne sont pas toujours accompagnées d'un mouvement ; celui-ci, quand il se produit, est tout à fait irrégulier, « banal ». Cependant on ne peut pas avec la même raison insister sur une différence en principe sous ce rapport avec le tic convulsif ordinaire du nerf facial, où on peut aussi observer des secousses irrégulières et banales tantôt dans un muscle seul, tantôt dans un autre.

Quant à la chorée électrique, au moins une partie des cas de cette maladie mentionnés par Henoch doivent probablement,

[1] *Loc. cit.*
[2] *Revue de Médecine*, janvier 1886, p. 71.

comme le veut Remak, être rapportés au paramyoclonus [1].

Dans notre observation, comme dans celle de Friedreich, la frayeur paraît avoir été la cause de l'affection ; dans celle de Remak les premières secousses dans les cuisses se montrèrent pendant une paralysie avec ataxie post-diphtéritique chez un garçon de 11 ans; quelques semaines auparavant il avait éprouvé une grande frayeur, un camarade l'ayant poussé dans l'eau ; aussitôt après, la marche, qui était en train de s'améliorer, redevint beaucoup plus difficile. Le malade de Seeligmüller, un homme de 24 ans, avait éprouvé des secousses musculaires depuis l'âge de 5 ans, sans cause citée : plus tard elles avaient disparu par intervalles ; en 1882 elles reparurent à la suite d'une douche froide ; en octobre 1885 elles étaient tellement empirées après des fatigues et un refroidissement que le malade dut renoncer à son travail de charpentier. Dans les cas de Löwenfeld et de Marie, il n'est pas cité de cause ; dans ce dernier, comme dans celui de Friedreich, l'affection a été un peu douloureuse.

L'âge où la maladie s'est montrée diffère beaucoup. Le malade de Seeligmüller avait 5 ans, celui de Löwenfeld 10 ans, de Remak 11, le mien 16, celui de Friedreich 45, de Marie 49; tous étaient du sexe masculin. Dans l'observation douteuse de Silvastrini, il s'agissait d'une femme de 45 ans.

Dans le peu de temps (2 semaines) que le malade a été traité, je n'ai pu remarquer un effet sensible du galvanisme. Ce traitement a, au contraire, eu une action bienfaisante sur les cas de Friedreich, Löwenfeld et Seeligmüller.

La nature de cette affection est encore bien obscure. Schultze[2] fit avec un résultat tout à fait négatif l'autopsie du cas de Friedreich et l'examen microscopique du biceps et de la moelle. L'hypothèse de Friedreich a bien quelque probabilité ; il croit que l'affection provient d'une excitabilité exagérée de certains groupes de cellules dans les cornes antérieures de la moelle ; mais dans notre cas et dans celui de Seeligmüller, la face étant aussi affectée, il faudrait admettre en outre une altération semblable du bulbe.

Pour les raisons déjà données par Marie, le nom de *paramyo-*

[1] Voir la communication de Henoch sur la chorée devant la Société de Médecine de Berlin, et la discussion qui s'en est suivi : *Berliner Med. Wochenschrift*, 1883, nos 51 et 52.

[2] *Loc. cit.*

clonus me paraît pour le moment préférable à celui de *myoclonus spinalis multiplex* proposé par Löwenfeld; il me semble aussi mieux choisi que celui de *myoclonie* que lui propose Seeligmüller.

DE LA TEMPÉRATURE CENTRALE DANS L'ÉPILEPSIE;

Par BOURNEVILLE.

Les recherches que nous avons entreprises autrefois[1] sur les modifications de la température sous l'influence des *accès isolés d'épilepsie*, des *accès sériels* et des *accès subintrants*, nous avaient amené à poser un certain nombre de règles générales dont notre maître M. Charcot avait pu constater l'exactitude et qu'il avait rendues en quelque sorte classiques par son enseignement. Ces règles ont été contestées récemment par un auteur allemand, M. Witkowski[2].

« De *hautes températures*, dit-il, s'observent assez souvent chez les épileptiques dans des circonstances où, en dehors de la névrose, on ne peut constater aucune autre cause de fièvre. C'est là un fait qui, jusqu'à présent, a trouvé peu d'accès dans le bagage scientifique général du médecin.

« Et cependant ce fait mérite qu'on y consacre toute son attention. Et cela non seulement parce que, le sachant, le médecin devient capable d'interpréter, avec toute l'exactitude désirable, bien des hyperthermies, demeurées jusque-là énigmatiques et par suite d'en tirer des conclusions diagnostiques et thérapeutiques légitimes, mais encore parce qu'il fournit des indications pronostiques dont l'appréciation permet au praticien de prédire, en présence de certains processus, avec toute la certitude et toute la circonspection qu'exige la situation devant le public. Aucun des traités

[1] *Bulletin de la Société anatomique*, mars 1869, p. 152. — *Revue photographique des hôpitaux*, 1869, p. 153, 161. — *Études de thermométrie clinique dans l'hémorrhagie cérébrale et dans quelques maladies de l'encéphale.* Paris, 1870. — *Études clin. et thermométrique sur les maladies du système nerveux*, 1872-1873. — *Recherches clin. et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie.* Paris, 1876, p. 1 à 14 et 91 à 98, etc.. — *De l'État de mal épileptique* (thèse Leroy). Paris, 1880.

[2] *Berliner Klin. Wochenschrift*, nos 43 et 44, oct. 1886.

de pathologie, de neurologie, de psychiatrie parus, certes, en abondante quantité, dans ces dernières années n'a traité la question et d'une manière absolument satisfaisante...[1] *Si l'on a négligé ce sujet*, ajoute-t-il, *la faute en est en partie probablement aux indications exagérées des auteurs français et en particulier à l'école de Charcot, prétendant que tout accès d'épilepsie parfait s'accompagne d'une hyperthermie d'un degré centigrade et plus.* Il y a longtemps que, de concert avec d'autres, j'ai reconnu que cette assertion est erronée. Comparées aux mensurations thermiques extrêmement nombreuses que, depuis des années, j'ai recueillies sans interruption, les recherches de la Salpêtrière, fort clairsemées d'après les indications mêmes de Bourneville, ne sauraient entrer en ligne de compte, *et l'on doit rattacher à des conditions exceptionnelles* ceux des résultats qui pouvaient passer pour positifs, si tant est qu'on soit autorisé à donner ce nom à des formules représentant bien moins la règle, la généralité des cas que l'on devait être tenté de le conclure des argumentations de Bourneville. Or, non seulement chaque accès pris individuellement n'exerce généralement aucune action sur la température du corps du patient, mais les séries d'accès répétés, dont cependant les effets, devraient s'additionner, peuvent évoluer sans déterminer de fièvre, surtout lorsque leur chiffre n'est pas élevé et que le trouble de la connaissance n'est ni profond ni prolongé. Sans doute l'expérience enseigne que dans les accès accumulés la température affecte la plupart du temps, une allure proportionnelle à leur nombre. C'est ainsi qu'on arrive, en prenant régulièrement et à plusieurs reprises la température à de courts intervalles de temps, à constater que d'accès en accès la chaleur produite s'accroît avec une uniformité parfaite d'environ deux à cinq dixièmes de degré. Mais il n'y a pas là de rapport absolument nécessaire. Car, ainsi que nous venons de le dire, dans d'autres petites séries d'accès la fièvre fait complètement défaut ou bien, le nombre des accès étant faible, on constate une fièvre élevée tout à fait hors de proportion avec l'intensité des accès, fièvre qui peut même accompagner un état purement comateux radicalement dépourvu de phénomènes convulsifs res-

[1] M. Witkowski nous semble trop s'avancer sur ce point. En effet nous pouvons citer, sans recherches laborieuses, un certain nombre de traités dont les auteurs ont parlé de la température chez les épileptiques : Seguin (E.). — *Medical Thermometry.* New-York, 1876, p. 226. — Rosenthal. — *Traité cliniq. des mal. nerveuses*, trad. Lubanski. Paris, 1877, p. 533. — Laveran et Teissier. — *Nouv. élém. de pathol. et de clin. med.*, 1879, p. 63. — Axenfeld et Huchard. — *Traité pratique des maladies du système nerveux*, 2e édit. Paris, 1883, p. 782. — Gowers (W.-R.). — *De l'épilepsie et autres maladies convulsives chron.*, trad. Carrier. Paris, 1883, p. 168. — Grasset. — *Traité prat. des maladies du syst. nerv.*, 3e édition. Montpellier et Paris, 1886, p. 1072; etc.

semblant à un accès, ou bien enfin la fièvre en question se sépare nettement d'une façon bien déterminée, quant au moment auquel elle survient, des accès d'épilepsie, s'installant quelques heures ou quelques jours avant ou après les accidents convulsifs.

Après avoir affirmé que la « doctrine » de l'École de la Salpêtrière « doit être tenue pour inexacte en tant que loi générale », M. Witkowski déclare qu'il va « rechercher les lois qui commandent aux hyperthermies de l'épilepsie » :

« L'expérience, dit-il, nous apprend qu'abstraction faite naturellement des complications assez fréquentes, il ne survient chez les épileptiques de fièvre notable que dans des circonstances tout à fait déterminées et que cette fièvre se rattache à des règles qu'il est possible dès maintenant de fixer avec une certitude suffisante pour fournir du premier coup au jugement et à l'instruction du médecin des jalons solides... »

Nous nous bornons pour le moment à ces citations qui indiquent nettement les idées de l'auteur se résumant en ceci : les accès isolés d'épilepsie, les accès survenant par petites séries ne produisent pas une élévation de la température ; les accès accumulés — que nous désignons en France sous le nom d'*État de mal* — déterminent une élévation de la température proportionnelle à leur nombre. Nous allons démontrer que sur les deux premiers points les opinions de l'auteur sont erronées et que sur le troisième il ne fait que confirmer la loi que nous avons posée sur l'élévation considérable de la température dans *l'état de mal épileptique*. Toutefois, avant d'aborder l'exposé de faits observés avec soin, qu'il nous soit permis d'exprimer le regret que M. Witkowski n'ait pas cité les noms des auteurs qui « de concert » avec lui contestent l'enseignement de la Salpêtrière, ni ceux qui ont contribué à faire l'expérience que nous possédons aujourd'hui sur les hyperthermies dans l'épilepsie et surtout qu'il n'ait pas fait précéder ses assertions générales de quelques-unes « de ses extrêmement nombreuses mensurations thermiques ».

I. DE LA TEMPÉRATURE DANS LES ACCÈS ISOLÉS D'ÉPILEPSIE.

Dans nos premiers travaux sur la température des épileptiques (1869-1873), nous n'avions mentionné sur ce point particulier qu'un petit nombre d'expériences : ce sont celles-là seu-

lement que paraît connaître M. Witkowski. Depuis, nous avons consigné un grand nombre de renseignements thermométriques concernant l'épilepsie soit dans nos publications personnelles, soit dans celles de nos élèves [1]. Il paraît que M. Witkowski les ignore. Si, dans ces dernières années, nous n'avons pas fait connaître les faits que nous avons rassemblés, c'est qu'ils confirmaient entièrement les données antérieures ; c'est que notre éminent maître M. Charcot y est revenu maintes fois dans ses leçons. Afin de donner une première satisfaction à notre contradicteur, nous avons publié dans le *Progrès Médical* (1886, n[os] 48 et 49) une série d'explorations thermométriques faites sur 64 malades. Chez *soixante* d'entre eux, nous avons observé une élévation de la température sous l'influence de l'accès épileptique. Pouvant nous étendre ici plus longuement sur ce sujet, qui relève de la neurologie, nous allons donner un tableau résumant plus de 360 explorations faites sur cent neuf autres malades. Après cela, M. Witkowski sera peut-être satisfait. En tout cas, nos lecteurs verront qu'ils n'ont pas eu tort d'accorder dans l'espèce, comme toujours, leur confiance aux enseignements de l'École de la Salpêtrière.

NOMS des MALADES	TEMPÉRATURE			OBSERVATIONS
	AU MOMENT DE LA PÉRIODE DE STERTOR	UN QUART D'HEURE APRÈS L'ACCÈS	DEUX HEURES APRÈS L'ACCÈS	
Baloss	38°,4	38°,3	37°,7	
Barat	37,8	37,6	37	
Bellar	38,1	38,1	38	
Bethfo.	37,3	37,3	37,1	
Bellar	38,2	36,6	37,9	
Blan.	37	37	36,8	
Blande.	37,6	37,6	37	
Boher	37,3	37,2	37	
Bonnar. . . .	37	36,9	36,8	
Bonne	38,2	38	37,8	
Bru	39	38,8	38	T. 4 h. après : 37° 5; le lendemain mat., 16 h. apr. : 37°6.

[1] Voir, outre les travaux déjà cités, les *Comptes rendus du service des Epileptiques* (adultes et enfants) de Bicêtre, 1880-1886, et les thèses de M. Hublé, Bricon, Séglas, Morlot, Wuillamier.

NOMS des MALADES	TEMPÉRATURE			OBSERVATIONS
	AU MOMENT DE LA PÉRIODE DE STERTOR	UN QUART D'HEURE APRÈS L'ACCÈS	DEUX HEURES APRÈS L'ACCÈS	
Boulang	38	36°,7	36°,6	
Camu	37,5	37,2	37,4	
Canue	37,6	37,6	37,5	Accès très modérés.
Carli.	38,6	38	37	
Caro.	36,8	36,7	36,4	
Cassaign. . . .	36,9	36,7	36,5	Epilepsie jacksonienne.
Cazea	38	37,9	37,6	Accès violent.
Chevalie	38	37,8	37,4	
Chique.	37,6	37,4	37,2	
Danie	38,4	38,2	37,8	
Debarg. . . .	37,8	37,6	36,5	
Defarc	37,4	37,3	37,1	
	37,4	37,2	37	
Desaut.	37,4	37,3	37,1	
Dine.	37,3	37,2	36,7	
Dogo.	37,4	37,4	37,3	
Dorla	37,9	37,7	37,1	
Dubreui . . .	37,2	37	36,9	
Engel	37,8	37,3	36,9	
Faito	37,4	37,4	37,2	
Farau	38,2	37	37,8	
Feli	37,4	37,3	36,2	
Ferr	37,5	37,4	37,3	
Françoi . . .	37,6	37,5	37,3	
Gagnepa. . . .	38,2	38	37,8	
Georges	38,2	38	37,8	
Gérar	37,8	37,6	37,6	
Germon	38	»	37,6	T. 4 h. après : 37°, 5 et 16 h. après : 37°, 2.
Goy	38,4	38,4	37,8	
Grandidi. . . .	36,7	36,7	36,5	Accès léger.
Grégoi.	37,1	37	36,8	
Guyot	38,6	»	»	T. 12 h. après : 38°, 2 et 24 h. après : 38°2.
Héber	38°8	38°	37,2	
Hérar	37	»	36,8	Agitation passagère après l'accès.
Hunsick	38,6	38	38,2	
Jacob	37,3	37,2	36,9	
Jeuness . . .	38	37,7	37,2	
Joliat	37,1	37	36,8	
Jourda.	37,2	37,1	37	
Lacroi	37,5	37,4	37,2	

NOMS des MALADES	TEMPÉRATURE — AU MOMENT DE LA PÉRIODE DE STERTOR	UN QUART D'HEURE APRÈS L'ACCÈS	DEUX HEURES APRÈS L'ACCÈS	OBSERVATIONS
Lamouch. . . .	37°,2	37°,2	36°,7	
Lecorn.	37,3	37,2	37,2	
Ledoux	37,8	37,6	36,4	
Lega.	38,2	38	38	
Lepelletie . . .	37,2	37,2	37,1	
Leterm. . . .	36,9	36,8	36,7	
Lév	37	37	36,9	
Longea.	38,4	38,3	37,8	Accès violent.
	37,4	37,4	37,3	
Luca	37,8	37,4	37,4	
Malle	37,8	37,8	37,1	
Marqu.	38,1	37,6	37,9	
Matho.	37	»	36,9	
Maudu.	38	37,8	37,4	
Miche.	38,4	38	38	
Mico.	38	37,8	37,6	
Migeo	37,8	37,8	37,6	
Narjo	37,2	37,2	37	
Olivi.	37,2	37,1	36,9	
Morea	38,1	37,9	37,5	
Papo.	38	»	36,9	
Remelin. . .	37,8	37,5	37,4	
Rémy	38,4	38,2	38,2	
	38	37,8	37,2	
Rent.	38,2	38,2	38	
Richalb	37,7	37,6	37,6	
Robi.	36,9	»	36,7	
Rou	37,6	37,4	37,4	
Salmo.	38,2	37,6	37,4	
Souquière . . .	36,8	»	36,7	Accès léger.
	37,8	37,7	37,5	Accès assez violent.
Servi	37,3	37,3	37	
Thir.	37,9	37,7	37,4	
Vanderhaeg . .	38	37,8	37,6	6 vertiges en dix minutes avant l'accès.
Vulce	38	38	37,8	

Dans les quatre-vingt-deux cas qui précèdent, la **température a subi**, du fait de l'accès épileptique, une **augmentation immédiate**, ainsi que cela est la règle.

Chez vingt-sept malades nous avons noté des exceptions, qui doivent être divisées en deux catégories : dans la première, se rapportant à 14 malades, l'élévation de la température ne s'est produite *qu'un quart d'heure après la fin de l'accès ;* — dans la seconde catégorie, n'embrassant que 13 malades, la température a offert plusieurs irrégularités sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure.

Voici d'abord le tableau des cas de la première catégorie :

NOMS	TEMPÉRATURE			OBSERVATIONS
	AU MOMENT DE LA PÉRIODE DE STERTOR	UN QUART D'HEURE APRÈS L'ACCÈS	DEUX HEURES APRÈS L'ACCÈS	
Ambla.	38°	39°	37°,8	Le soir, 13 h. après : 36°,8 ; le leudemain matin (24 h. après) : 37°,4.
	37,6	37,4	37,2	
Bompa.	37,4	37,6	37,2	
Braba	36,6	36,7	36,5	
Chrétie	37,8	38,2	38	
Foube.	38	38,2	37	
Gastebl	38,6	38,8	37,8	T. 9 h. après : 36°,5 et 24 h. après : 37°,8.
Hamèsc	38,4	39	38,6	
Hazter. . . .	37,8	38	37,6	T. 14 h. après : 38°,8 et 26 h. après : 37°,4.
Jeanno.	37,5	37,6	37,1	
Lebru (E.) . .	38	38,2	37,6	
Letale.	38	38,2	38	
Pino.	38	38,2	38	
Souloru	38,8	38	37,6	
Vene	39	38,4	38	

Comme on le voit, chez les malades qui composent ce tableau l'accès épileptique a déterminé une *élévation de la température* qui, pour avoir été un peu plus tardive, n'en est pas moins réelle : aussi s'agit-il ici plutôt d'une *irrégularité* que d'une *exception.*

Passons maintenant aux cas de la seconde catégorie.

NOMS	TEMPÉRATURE			OBSERVATIONS
	AU MOMENT DE LA PÉRIODE DE STERTOR	UN QUART D'HEURE APRÈS L'ACCÈS	DEUX HEURES APRÈS L'ACCÈS	
Barb.	37°	37°	37°,6	Cyanose très prononcée.
Bordelo . . .	37,2	37	37,2	
Dartier.	37,2	37,7	38	[1] T. R. matin : 37°,2 ; — soir : 37°,6.
Decoudu. . . .	36,6	»	36.7	
Girardo	38,4	38,2	38,4	T. 9. h. après : 37°,3 et 21 h. après ; 37°,8.
	37,8	37,8	37,6	
Klein	37,4	37,4	37,8	
	36,2	36,4	37,2	
Lapeyron . . .	38,4	38,6	38,6	T. 4 h. après : 37° et 16 h. après : 37°,2.
Lavern.	37,4	37,2	37,5	
	38	37,5	37,4	
Lebru (L.) . . .	38.2	37,6	38,2	T. 7 h. après : 37° et 16 h. après 37°,2.
	37,8	37,8	37,6	
Pinta	38	37,8	38,2	T. R. matin : 37°,8 ; — soir : 37°,6.
	37,5	37,5	37,2	
Souto.	37,6	37,4	38	[2] T. R. matin : 37°,2 : — soir : 37°.
	37,4	37,4	37,8	
	37	37	37,4	
Wathie	37,4	37,3	37,6	[3] T. R. matin et soir : 38°.
Jacq	38,4	38,4	38,8	T. R. matin : 37°,6 ; — soir : 37°,4.
	38,2	38	38,2	

Ces cas sont plus complexes que tous les précédents. Dans la plupart, la température était plus élevée deux heures après l'accès qu'à la fin même de la crise ; parfois, la température restait au même degré à ces deux moments, après avoir présenté une *diminution* au moment intermédiaire que nous avons choisi, c'est-à-dire un quart d'heure après la terminaison de l'accès.

De *nouvelles explorations* nous ont donné des résultats en conformité avec la règle générale, chez Girardo..., Lavern..., Lebr... (L.), Pinta... ; chez d'autres, au contraire, la tempé-

[1] Un autre jour, chez Dartiè..., nous avons trouvé, avec le même thermomètre, 37° et 37°,5.

[2] Un autre jour : 37° matin et soir.

[3] Un autre jour, matin : 38° ; — soir : 38°,3.

rature a fourni des résultats semblables à ceux qui avaient été précédemment obtenus, par exemple chez Kle..., Souto... Faut-il considérer ces faits comme des *exceptions* ou seulement, de même que ceux du précédent tableau, comme des *irrégularités?* Nous inclinerions volontiers vers cette seconde interprétation. Et ce qui nous y engage, c'est que chaque fois que nous avons pris la température en dehors des accès, le matin et le soir, nous avons enregistré des températures normales et, par conséquent inférieures aux températures maxima consécutives aux crises convulsives, ainsi que le montrent les notes de la colonne des observations.

En nous appuyant sur tous ces faits, nous sommes donc en droit de maintenir nos conclusions anciennes : 1° *les* ACCÈS ISOLÉS *d'épilepsie augmentent la température centrale ;* — 2° *cette augmentation varie entre un dixième de degré et un degré et demi, quelquefois davantage ; elle est en moyenne de 5 à 6 dixièmes de degré.* (A suivre.)

RECUEIL DE FAITS

UN CAS DE MALADIE DE FRIEDREICH;

Par PAUL BLOCQ, interne des hôpitaux.

Le premier mémoire de Friedreich consacré à la détermination de cette espèce morbide date de 1863. Depuis, le même auteur publia de nouveaux faits en 1876 et 1877. Kahler et Pick (1878), puis Erb complètèrent ces descriptions. Möbius (1879), dans un travail assez complet, insiste particulièrement sur l'opposition remarquable des troubles graves de la motilité et de l'indemnité de la sensibilité. En raison du début de la maladie dans l'adolescence, il pense qu'il s'agit d'un arrêt de développement de la moelle. Govvers (1880) rapporte l'histoire d'une famille de neuf enfants dont cinq malades.

La thèse inaugurale de Brousse (1882) renferme la première

observation parue en France, et constitue une monographie très complète de la question, basée qu'elle est sur tous les cas épars jusque-là dans la littérature. M. Toissier (1884) communique à la Société de médecine de Lyon une seconde observation. M. Charcot (1884) fait une leçon sur l'ataxie héréditaire et la sclérose en plaques ; enfin Musso (1884), puis Vizioli (1885) en publient de nouveaux exemples.

En somme, on voit par cet exposé rapide, qu'il n'existe guère actuellement qu'une cinquantaine d'observations. Encore est-il que leur valeur est des plus inégale, car beaucoup parmi elles s'écartent en bien des points du type créé par Friedreich. Aussi. M. Raymond, qui, dans son excellent article du *Dictionnaire encyclopédique*, analyse tous les faits précités, remarque-t-il que la lecture de ces observations « fait comprendre que des auteurs comme Bourneville aient voulu voir dans cette maladie une forme fruste de la sclérose en plaques ». Des trois observations publiées jusqu'à présent en France, aucune n'est aussi conforme au type de la maladie de Friedreich que la suivante :

Paul Par..., âgé de vingt ans, entre le 11 octobre 1886, à l'hôpital Ténon, dans le service de M. le Dr Straus, et occupe le lit n° 21, de la salle Andral.

Il est interrogé avec soin sur ses antécédents héréditaires ; ses grands-parents, paternels et maternels, n'ont jamais eu d'affections nerveuses, son père est mort d'accident, et sa mère, ses oncles et tantes sont actuellement bien portants.

Il est fils unique, et n'a lui-même eu d'autre maladie antérieure que la rougeole à l'âge de cinq ans, et quelques manifestations strumeuses.

Le début de la maladie actuelle remonte à dix ans. Il se plaignait à cette époque de sensations de fatigue, ou plutôt d'une sorte de faiblesse dans les jambes qui lui causait des difficultés pour marcher. Insensiblement la marche devint de plus en plus pénible, au bout de quatre ans la station ne lui était possible qu'en s'appuyant aux murs ou aux objets avoisinants, et il remarqua qu'il frappait le sol fortement avec ses talons. Pendant cette période de temps, il marchait, dit-il, comme un homme ivre. Enfin, depuis deux ans déjà, non seulement la marche mais aussi la station sont devenues tout à fait impossibles et le malade doit garder le lit. Jamais pendant tout ce temps, le malade n'a ressenti aucune douleur. A peu près deux ans après le début de l'affection, les bras devinrent maladroits et leur incoordination motrice crut graduellement jusqu'au point où

elle en est actuellement. La tête elle-même était prise peu de temps après d'oscillations dès qu'elle n'était pas appuyée. La parole a été embarrassée presque au début de la maladie. Un an après le commencement de son affection, le malade fut conduit à l'hôpital Trousseau et placé dans le service de M. Bergeron, où il séjourna deux mois, durant lesquels le traitement hydrothérapique institué n'amena aucune amélioration. Aussi, malgré les progrès croissants de la maladie, est-il resté depuis chez lui sans suivre aucune médication. Il y a une huitaine, à la suite d'un refroidissement, il fut pris de toux avec léger mouvement fébrile, ce qui le détermina à demander son admission à l'hôpital.

Le malade est de très faible constitution et ne paraît pas son âge. Il a la taille et la vigueur apparente d'un adolescent de quinze à seize ans; il répond intelligemment aux questions qu'on lui adresse. Sa parole toutefois est traînante, embarrassée, rappelant absolument l'élocution d'un malade atteint de sclérose en plaques, ainsi que l'ont remarqué du reste immédiatement tous ceux qui l'ont examiné. Les mots sont articulés lentement, scandés avec un léger bégayement, et leur émission successive se fait à des intervalles exagérés. La langue se meut librement.

Au point de vue de la motilité, on ne constate rien d'anormal au repos. Les membres inférieurs ne sont ni atrophiés, ni déformés, cependant il existe un degré notable de pied-bot équin des deux côtés. Mais si l'on ordonne au malade de soulever sa jambe et de toucher avec son pied levé la main qu'on met à une certaine hauteur, il n'y arrive qu'après une série de mouvements oscillatoires désordonnés. Lui ferme-t-on les yeux pendant qu'il exécute cette manœuvre, l'incoordination n'augmente pas. Du reste, on constate, en cherchant à étendre la jambe fléchie du malade, après lui avoir dit de s'opposer à ce mouvement, que la force musculaire est parfaitement conservée, à ce point qu'on peut ainsi soulever le malade de son lit, par sa jambe fléchie sans qu'elle s'étende. L'incoordination motrice est plus prononcée à gauche qu'à droite. Si, après avoir soulevé la jambe et l'avoir maintenue un instant en l'air, on engage le malade à conserver cette position, il ne peut y arriver et le membre décrit de grands mouvements que le malade ne peut empêcher. On ne peut faire marcher le malade que soutenu par deux aides; il jette alors ses jambes de côté et d'autre, décrivant de grands arcs de cercle, frappant violemment le sol du talon. L'occlusion des paupières n'exagère pas son ataxie, et alors qu'il était moins atteint, le malade n'a jamais observé que les ténèbres augmentaient sa difficulté à marcher. Il sent du reste très bien la nature du sol sur lequel il marche.

Les membres supérieurs, présentent des phénomènes semblables. On n'observe rien d'anormal au repos, mais si l'on

ordonne au malade de porter son index à son nez, il ne peut y arriver sans une série de mouvements désordonnés, exagérés aussi à gauche. Aussi ne peut-il se servir de ses mains que pour des travaux grossiers, et l'écriture lui est-elle devenue impossible. Cette ataxie n'est également pas influencée par l'occlusion des paupières et l'obscurité. De même si on abandonne son bras après l'avoir un instant maintenu dans une position fixe, il ne la conserve pas, et décrit des oscillations de plus en plus étendues. La force musculaire est conservée, et l'exploration dynamométrique donne à droite 35, à gauche 25.

La tête ne présente rien de particulier lorsqu'elle repose sur l'oreiller, mais lorsque le malade la meut, c'est d'une façon exagérée et désordonnée. Ainsi lui fait-on tourner la tête à gauche, il l'incline et décrit un léger mouvement de va-et-vient. De plus, lorsque la tête même au repos n'est pas appuyée, elle est constamment animée de mouvements tout à fait semblables à ceux d'une personne qui s'endort assise, la tête non soutenue.

Les yeux sont agités au repos d'un très léger nystagmus horizontal. Le phénomène est rendu beaucoup plus appréciable, lorsqu'on dit au malade de fixer un point, et surtout de mouvoir ses yeux latéralement. On observe alors que le globe oculaire fait au milieu de sa course un très léger mouvement de recul, puis reprend sa marche.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité. Le malade ne s'est jamais plaint, et ne ressent encore aucune douleur. Il sent bien ses jambes dans le lit, et apprécie les poids qu'on lui fait supporter. Une exploration attentive ne dénote aucune zone d'anesthésie ou d'hyperesthésie. La sensibilité spéciale (vue, ouïe, goût, odorat) est aussi indemne.

Il n'y a pas de troubles génitaux ; les sphincters fonctionnent normalement. Les réflexes tendineux rotuliens sont complètement abolis, des deux côtés. Il n'existe aucun trouble trophique, et les réactions électriques (sensibilité et contractilité) sont normales. Rien à noter dans les autres appareils, sinon les signes d'une très légère bronchite.

Nous ne pensons pas que le diagnostic ici soit douteux un seul instant : l'incoordination motrice, l'abolition des réflexes rotuliens, le nystagmus, l'embarras de la parole, l'absence de troubles de la sensibilité, d'anomalies des sphincters, forment un ensemble impossible à confondre soit avec l'ataxie locomotrice progressive, soit avec la sclérose en plaques, seules affections à signes communs.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion exprimée par M. Féré, que le terme d'ataxie héréditaire choisi par Frie-

dreich est impropre. Notre malade n'a pas, en effet, d'antécédents d'une part, de l'autre il est fils unique. Comme l'a fait remarquer M. Brousse, il semble bien s'agir d'une entité morbide spéciale, tenant le milieu entre le tabes et la sclérose en plaques. Cliniquement, elle se rapprocherait plus de cette dernière affection, et la première impression qu'a causée notre malade à plusieurs observateurs était qu'il s'agissait de sclérose en plaques. Cependant il n'a eu ni les vertiges ni les attaques apoplectiformes mentionnées dans quelques observations.

Nous avons noté avec soin dans ce cas que l'occlusion des paupières n'exagérait en aucune façon l'incoordination, fait indiqué par Friedreich, mais contesté par Brousse et par Longuet qui va même jusqu'à prétendre que l'auteur allemand s'égare pour différencier la maladie qu'il décrit du tabes vrai. Nous avons également observé la déviation des pieds en varus équin, signalée par Rudimeyer.

En somme, cette observation réalise presque, au point de vue clinique, un schéma du genre, et c'est plus à cet égard qu'elle nous a semblé digne d'être rapportée qu'en raison de la rareté des faits analogues.

REVUE CRITIQUE

LA PARANOIA

DÉLIRES SYSTÉMATISÉS ET DÉGÉNÉRESCENCES MENTALES

Historique et critique;

Par J. SÉGLAS, médecin-adjoint de l'hospice de Bicêtre[1].

La forme aiguë de la *Paranoia primitive hallucinatoire* débute par un stade prodromique avec insomnie, irritabilité ou dépression ; puis surviennent des troubles sensoriels (ouïe,

[1] Voir le n° 37, p. 62.

goût) et un délire subit d'idées de grandeur et de persécution mêlées ou alternant, et s'accompagnant d'excitation; le calme peut renaître, mais les hallucinations persistent avec des idées d'empoisonnement, de persécution, etc. Cette forme guérit ou passe à l'état chronique. Elle peut succéder à des maladies aiguës, à l'état puerpéral, à des accès hystériques ou épileptiques, à des abus alcooliques ou morphiniques. La *forme chronique* est surtout caractérisée par la persistance des troubles sensoriels, illusions ou hallucinations, entretenant un délire de persécution. La variété la plus importante est la *Paranoia* hypochondriaque. En somme, Mendel revient sur la forme aiguë sur laquelle il insiste, et, d'un autre côté, il limite beaucoup l'élément dégénératif dans les délires systématisés, car il ne reconnaît comme forme dégénérative que la variété originaire de la *Paranoia* primitive. Enfin, il admet aussi dans sa classification la *Paranoia secondaire*, mais en la reléguant tout à fait au second plan. Dans un autre travail [1], il avait déjà insisté sur sa rareté (cinq cas sur cent cinquante). Il rapporte cependant dans ce mémoire trois observations de *Paranoia* secondaire développées à la suite de syndrômes mélancoliques primitifs et arrivés selon toute apparence au terme de leur évolution. Il fait ressortir la ressemblance qui existe entre les conceptions délirantes des mélancoliques et celles des fous systématiques. La différence est que les uns trouvent en eux-mêmes la matière de leurs plaintes et de leurs accusations, tandis que les autres la tirent du monde extérieur [2].

[1] Mendel. — *Ueber secundare Paranoia.* (*Berliner Gesellschaft. f. Psych. and nerven. Sitzung*, 9 avril 1883. — *Neurologisches Centralblatt*, n° 5, 1883.)

[2] A la suite de la lecture de ce travail présenté à la Société de psychiatrie et de maladies nerveuses de Berlin (avril 1883), une discussion s'engage (séance de juin 1883), que nous croyons intéressant de résumer :

M. Jastrowitz dit qu'il n'a jamais vu de mélancolie vraie se transformer en folie systématique; mais il a vu des fous systématiques à une période avancée de la maladie (démence), avoir des conceptions mélancoliques hypochondriaques. — M. Westphal, tout en reconnaissant que généralement les mélancoliques s'accusent eux-mêmes, a observé aussi cela dans la folie systématique Donc ce n'est pas la teneur, mais la genèse des idées qui est prépondérante Comme dans les cas de Mendel, il s'est écoulé un certain intervalle entre le temps de l'existence de la mélancolie et l'époque d'apparition de la folie systématique ultérieure, on pourrait croire que le même individu a été successivement atteint de diverses psychoses indépendantes. Car les faits mêmes où la constatation d'un

Mayser[1] (1885) revenant sur l'étude du *délire hallucinatoire* (*Wahnsinn*) de Krafft-Ebing dont il partage en somme les idées, trouve cependant que l'expression de cet auteur n'est pas heureuse car les aliénistes ne sont pas d'accord s'ils doivent appeler la *Paranoia Wahnsinn* ou *Verrcüktheit* et, d'un autre côté, le langage actuel identifie *Wahnsinn* avec *Verrücktheit*, tandis que *hallucinatorisher Wahnsinn diffère rigoureusement de Paranoia*. Il importerait donc de trouver pour cette maladie bien caractérisée une dénomination spéciale. Mayser fait rentrer dans ce cadre la manie hallucinatoire de Mendel, le désordre dans les idées hallucinatoire de Fristh, le désordre dans les idées pseudo-aphasique (Meynert, Schlangenhausen), le désordre dans les idées hallucinatoire curable ou aigu primitif (Meynert et Fristh), identique, d'après eux-mêmes, à la *Verrücktheit* aiguë de Westphal, le délire systématique aigu (*Acuter Wahnsinn*), de Schaefer, le premier groupe de la folie aiguë partielle de Kretz[2], les délires d'épuisement de Voigt, le cas de folie systématique primitive de M. Buch.

enchaînement direct paraît nettement ressortir sont passibles de l'objection suivante : lorsque la folie systématique a semblé prendre son origine dans une mélancolie, on a toujours relevé en même temps des idées hypochondriaques; or, celles-ci ont invariablement constitué le point de départ des conceptions ultérieures de la folie systématique. — M. Moeli prétend que la teneur des idées ne peut servir de diagnostic entre la mélancolie et la folie systématique. — M. Mendel répond que c'est bien la genèse des conceptions qu'il invoque. L'intervalle qui s'est écoulé entre la mélancolie et la folie systématique n'a jamais été chez ses malades une période de parfaite santé, le nouveau complexus psychique s'est montré dès la première semaine après l'état mélancolique. Il est extrêmement difficile de démontrer l'enchaînement psychopathique pour chaque cas particulier; mais l'un d'eux est clair (une femme mélancolique se met tout à coup à accuser ses parents et à avoir plus tard des idées de persécution et de grandeur); sans doute, deux des observations témoignent de conceptions hypochondriaques qui dominent la scène; mais qui pourra déterminer la ligne de démarcation entre la mélancolie pure et la mélancolie hypocondriaque ? (Voir *Arch. de Neur.*, 1884, n° 23.)

[1] Mayser. — *Wahnsinn hallucinatorischer* (*All. Zeitsch. f. Psych.*, Bd. XLII, 1, 1885). Ce serait un *délire général* d'ordre asthénique comme les psychoses postfébriles de Krœpelin, tantôt aigu, tantôt chronique, affectant la forme d'agitation maniaque avec désordre dans les idées, idées de persécution, basées sur des hallucinations multiples, léger affaiblissement intellectuel ou celle de folie périodique.

[2] Kretz. *XV° Congrès des aliénistes de l'Allemagne du sud-ouest.* Session de Karlsruhe, octobre 1882. Ce groupe est caractérisé par l'apparition pri-

Witkowski[1] (1885) consacre tout un travail à la nosographie de la *Verrücktheit* dans ses rapports avec la dépression mélancolique. Le processus fondamental de la *Verrücktheit*, dit il, est toujours la production d'idées délirantes avec tendances à la systématisation. Mais à côté de cela certains phénomènes peuvent de temps à autre ou d'une façon permanente occuper le premier rang, de sorte qu'il faut dans la terminologie leur réserver une place à part et qu'il y a lieu de créer des *Verrücktheit hallucinatoire hypochondriaque, stupide, mélancolique*, toutes formes ne s'excluant pas, mais pouvant exister concurremment ou se succéder. C'est ainsi qu'il existe aussi une *Illusionare Verrücktheit* dans laquelle les hallucinations de l'ouïe et les plaintes hypochondriaques perdent de l'importance en faveur de la méconnaissance des personnes et des choses; tandis qu'en même temps, passagèrement ou en permanence, la dépression peut jouer un rôle fondamental. Il existe en outre une modalité intermédiaire à la mélancolie vraie et à la *Verrücktheit*. Ce sont les gens déprimés en permanence (certains négateurs, sceptiques, damnés, pourris, immortels). Mais dans la plupart des cas, c'est la *Verrücktheit* qui en constitue le fond, qui suscite les idées, les systématise et amène des conceptions anormales, des modifications de l'humeur absolument indépendantes de la mélancolie. La verrückteit affecte un rapport semblable avec la débilité mentale. Tels sont ces cas de folie systématisée partielle et stationnaire (chez des persécutés dont l'intelligence conserve pendant longtemps une assez grande vigueur), cas à côté desquels on trouve des formes de folie systématisée progressive, généralisée aboutissant à la démence. Très souvent aussi chez les débiles congénitaux, on trouve des idées délirantes plus ou moins nettes atteignant tantôt un haut degré de systématisation, tantôt dégénérant en créations absurdes et pauvres. L'auteur conclut qu'en somme la *Verrücktheit* désigne une folie à idées délirantes concrètes, stables, avec tendance à une systématisation plus ou moins nette, plus ou moins parfaite.

mitive d'hallucinations ou d'illusions, tandis que dans le 2e groupe, c'est le délire qui ouvre la scène, les hallucinations venant ensuite le renforcer et le soutenir comme dans les modalités chroniques de la folie systématique primitive.

[1] Witkoswki. — *Congrès annuel des Médecins aliénistes allemands*. Session de Bade, 1885. (*Allg. Zeitsch*) *f. Psych.*, Bd. XLII, 6, 1886.)

Citons encore le travail de Vejas [1] (1886) sur l'épilepsie et la folie systématisée et celui de Smidt [2] (1886) sur la folie systématisée morphinique analogue à l'alcoolique : nous avons vu déjà ces formes signalées par Gnauck, Moeli... et ce qu'en fait Krafft-Ebing.

Schuele [3] (1886) nous donne des renseignements très détaillés sur la folie systématisée. Il distingue de la façon la plus formelle *Wahnsinn* de *Verrücktheit*, comme on peut le voir par le rang qu'il leur assigne dans sa classification. En effet, 1° c'est, dans la seconde classe, celle des psychoses à base de développement incomplet ou de dégénérescence héréditaire, qu'il place la *Verrücktheit*. Elle figure là entre la névrose

[1] Vejas. — *Epilepsy und Verrücktheit*. (*Arch. f. Psych*. Bd. XVII, 1, 1886.)

[2] Smidt. — (*Arch. f. Psych*., Bd. XVII, 1, 1886.)

[3] Schuele. — *Klinische Psychiatria*. — *Specielle Pathologie und Therapie der Geisterkrankheien* (Leipsick, 1886). Ce passage pouvant paraître obscur, nous avons pensé qu'une vue d'ensemble sur la classification pourrait en faciliter la compréhension.

I. PSYCHOSES ENTÉES SUR LE PLEIN DÉVELOPPEMENT ORGANO-PSYCHIQUE.

α Psycho-névroses.

1. *Du cerveau sain* (psycho-névroses proprement dites).
   - a) Manie } avec leurs états secondaires.
   - b) Mélancolie } avec leurs états secondaires.
2. *Du cerveau « invalide »* (cérébro-psychoses).
   - a) Manie grave (fureur).
   - b) *Le délire systématisé* (*Wahnsinn*).
     1. aigu.
     2. chronique.
     3. stupide.
   - c) La démence aiguë primaire; stupeur hallucinatoire.
   - d) Les folies hystérique, épileptique, hypochondriaque; les folies périodique, circulaire, alterne :

β. Les folies consécutives aux maladies somatiques extra-cérébrales (fièvre, puerpéralité, intoxications).

3. *États d'épuisement pernicieux du cerveau*.
   - a) Aigu, dangereux (délire aigu).
   - b) Chronique avec dégénérescence destructive (paralysie générale progressive).
   - c) Les cérébropathies psychiques : ou psychoses consécutives à des maladies cérébrales organiques subaiguës ou chroniques, diffuses ou localisées (paralysies progressives modifiées).

II. PSYCHOSES ENTÉES SUR UN DÉVELOPPEMENT ORGANO-PSYCHIQUE INCOMPLET OU CONSTITUTIONNELLES AVEC PRÉDISPOSITION OU CONSTITUTIONNELLES HÉRÉDITAIRES.

- a) Névrose héréditaire avec les folies transitoires.
- b) Folie héréditaire simple (folie du doute et du toucher, folie impulsive; délire des persécuteurs processifs).
- c) *Folie systématisée originelle* (*originare Verrücktheit*).
- d) Folie héréditaire dégénérative (moral insanity).
- e) Idiotie.

héréditaire et la folie héréditaire simple (folie par obsession, du doute, de la chicane); et la folie morale et l'idiotisme; cette *Verrücktheit originaire* est, pour l'auteur, entrée sur un fond anormal héréditaire caractérisé par des anomalies psychiques originelles c'est-à-dire se manifestant dès le jeune âge : elle ne serait ainsi que l'hypertrophie du caractère héréditaire.

D'un autre côté, c'est dans la première classe (psychoses chez l'individu complètement développé), mais dans le second groupe (cérébro-psychoses ou maladies du cerveau *invalide*) que se trouve la *Wahnsinn*. Ce mot n'est qu'un terme générique qui comprend l'existence de conceptions délirantes plus ou moins liées, systématisées, associées en groupe plus ou moins enchaînés, formant un tout plus ou moins cristallisé. Voici comment Schuele a divisé les chapitres relatifs à la *Wahnsinn* proprement dite; cette *Wahnsinn primare* peut être : 1° *chronique*; 2° *aiguë*; 3° *stupide*. L'auteur décrit la forme chronique type en disant que tous les cas chroniques tendent à la systématisation proprement dite : un chapitre spécial est consacré à la *Wahnsinn* dépressive chronique, comprenant deux sous-chapitres : — (*a*, délire des persécutions; — *b*, forme expausive). La variété de la *Wahnsinn* aiguë comprend quatre sous-variétés. La première est la *Wahnsinn* aiguë sensorielle (hallucinatoire). On y trouve décrits : — *a*, la *Wahnsinn* hallucinatoire suraiguë et aiguë avec exaltation (maladies menstruelles); — *b*, le délire des grandeurs maniaque subaigu; — *c*, le délire des persécutions aigu et subaigu hallucinatoire; — *d*, la *Wahnsinn* dépressive et ensuite expansive aiguë; — *e*, la *Wahnsinn* aiguë et en même temps dépresso-expansive; — *b*, la *Wahnsinn* hypochondriaque aiguë; — *c*. la *Wahnsinn* cérébro-spinale aiguë ou subaiguë. — La deuxième sous-variété est la *Wahnsinn* aiguë mélancolique (démonomanie); la troisième sous variété, la *Wahnsinn* maniaque expansive; la quatrième, la *Wahnsinn* stupide aiguë ou stuporo-hallucinatoire.

La forme stupide de la *Wahnsinn* (attonita et catatonie) comprend trois sous-variétés : — *a*, la folie religieuse expansive; — *b*, la folie religieuse dépressive; — *c*, une forme reposant sur un fond d'hystérie constitutionnel, sans préjudice de ce que l'auteur décrit au chapitre de l'hystérie.

Là, en effet, Schuele décrit une folie systématique (*Wahnsinn* ou indifféremment *Verrücktheit*) hystérique, pouvant

ffecter plusieurs types;—*a*, un type se rapprochant de la folie ystématique originaire héréditaire (*originaria hereditaria Verrücktheit*); — *b*, un type qui est de la folie systématique hypochondriaque (*hypochondriascher Wahnsinn*); — *c*, un type caractérisé par des caprices bizarres; — *d*, un type caractérisé par un délire vague des persécutions sans grande systématisation et dont la teneur varie; — *e*, un type décrit sous le nom d'état de folie systématique (*Wahnsinn*), abortive aiguë présentent la forme de pensées irrésistibles soudaines; *f*, la folie systématique (*Wahnsinn*) catatonique; — *g*, l'hystéricisme chronique incurable avec symptômes de dégénérescence.

III.

Telles sont, en somme, les idées émises dans les principaux ouvrages allemands[1] sur la folie systématisée; les autres pays ont suivi l'impulsion. — C'est ainsi qu'en Russie nous retrouvons la conception de la folie systématisée dans les travaux de Tiling (1878-1879), de Kadinski (1881), de Max. Buch (1881) déjà cités, — de Rosenbach[2] (1884), qui est d'avis que la *Paranoia* ne peut se développer que sur un fonds de débilité mentale, parce que les troubles sensoriels peuvent être interprétés dans le sens du délire qui surgit d'ailleurs spontanément et dont ils ne fournissent pas les éléments. De plus, les idées ambitieuses ne sont pas une conséquence logique, mais sont souvent contemporaines aux idées de persécution, qui indiquent déjà une exagération de la personnalité.

Le Dr Greidenberg[3] (1885), étudiant la folie systématisée hallucinatoire aiguë (*Paranoia hallucinatoria acuta*) en distingue deux formes : l'une héréditaire, l'autre asthénique, la plus fréquente, produisant à leur suite tantôt un affaiblissement intellectuel, tantôt une démence vraie ou aboutissant à la guérison.

[1] Qu'il nous soit permis de remercier ici notre collègue le Dr Kéraval, médecin de la colonie de Vaucluse, de l'empressement avec lequel il s'est mis à notre disposition ; sa connaissance approfondie de la langue allemande nous a été du plus grand secours dans nos recherches bibliographiques.

[2] Rosenbach. — *Messager russe*, 1884.

[3] Greidenberg. — *Messager russe*, 1885.

En Angleterre, Bukuill et Tuke[1] (1879) rejettent la monomanie et décrivent la *delusional insanity*, le mot *delusion* des aliénistes anglais désignant les conceptions délirantes primitives, les lésions originaires de l'idéation. Maudsley[2] (1883), lorsqu'il décrit le *tempérament de fou*, surtout dans sa variété *soupçonneuse*, ne fait qu'exposer en somme le caractère des malades atteints de *Paranoia* ou certaines formes mitigées.

En Amérique, Spitzka (1880-1883) adopte la conception de la *Paranoia* qu'il décrit, bien qu'il se serve du mot de monomanie[3]. Il admet que cette forme de délire primitif est l'expression d'un véritable affaiblissement intellectuel; aussi la classe-t-il dans le groupe des états d'affaiblissement mental, qui sont presque toujours héréditaires et constituent une espèce de chaîne dont les extrémités sont formées l'une par l'idiotie et l'autre par la folie avec délire systématisé primitif. Au milieu se classent l'imbécillité, la folie morale et la folie épileptique[4]. Dans un autre ouvrage[5], le même auteur nous donne une classification des délires qu'il divise en *systématisés* et *non systématisés*. Les délires systématisés sont de deux formes: 1° *les délires systématisés expansifs* (mégalomanie) subdivisés en *a*, délire systématisé d'ambition sociale; *b*, délire systématisé de caractère expansif érotique, *c* délire systématisé de caractère expansif religieux. La deuxième forme est celle des *délires systématisés dépressifs* subdivisés en : *a*, délire systématisé d'ambition sociale dépressif; *b* délire systématisé de caractère dépressif érotique ordinairement de persécution; *c*, délire systématisé de caractère dépressif religieux. Quant aux *délires non systématisés*, ce sont les délires d'incohérence dérivant de la destruction du pouvoir d'association, et les délires émotifs dépendant de l'exaltation de la sphère mentale par un trouble émotif violent.

[1] Buknill et Tuke. — *A manual of psychol. medicin.*, 1879.

[2] Maudsley. — *La pathologie de l'esprit*, 1883. Trad. française de Germont.

[3] Spitzka. — *Un cas de monomanie originaire* (in medical Times and Gazette, février 1881) et *Manual of Insanity*. New-York, 1883.

[4] Spitzka. — *Saint-Louis clinical record.* 1880, VII.

[5] Spitzka. — *Insane delusions; their mecanism and their diagnostic bearing* (*Journal of nerv. and ment. diseases*, 1881).

Citons encore en Amérique les travaux de Beard [1], Fenn [2], Hammond [3].

IV.

Mais, après les Allemands, ce sont surtout les Italiens qui se sont le plus occupés de l'étude de la *Paranoia*. Dans un premier mémoire, Buccola [4] (1882) reprend l'étude des délires systématisés primitifs et paraît se ranger à l'opinion de Krafft-Ebing. Ces délires sont pour lui l'expression d'un état mental faible par leur étiologie, leur marche continue et rémittente, etc. D'ailleurs, l'exercice physiologique complet des fonctions mentales ne se juge pas seulement par la persistance de la logique, mais par la nature, la quantité, l'association des énergies psychiques et les rapports harmoniques qui doivent exister entre les idées, les sentiments, les actes.

Dans ce travail Buccola étudie la genèse du délire, et reste indécis à ce sujet, se demandant si les hallucinations sont primitives, si les idées délirantes n'en sont que l'interprétation ou naissent de l'inconscient. Il étudie la marche de la systématisation, surtout dans le délire des persécutions dont il rapporte deux observations.

Morselli et Buccola [5] (1883) montrent le développement spécial de ces délires, leur marche chronique sans démence proprement dite, leur curabilité limitée. — Au point de vue du délire, on peut distinguer deux formes : 1° le délire des persécutions à contenu variable suivant l'âge, le milieu, l'éducation. Dans cette forme rentrerait la folie de la chicane, vrai délire de persécution actif. — La seconde forme serait le délire des grandeurs associé au premier ou existant seul, le plus souvent de couleur érotique ou religieuse. Les idées fixes

[1] Beard. — *Monomania and monohypocondria* (New-York med. rec., mars 1882).

[2] Feun. — *Original monomania* (*Americ. med. Weekly*, août 1882).

[3] Hammond. — *A treatise of insanity*. Londres, 1883.

[4] Buccola. — *I deliri sistematizzati primitivi* (*riv. sper. di fren.*, 1882, p. 80).

[5] Morselli et Buccola. — *La pazzia sistematizzata*. — *Giorn. della R. Academ. di Torino*, 1883, p. 210.

doivent être regardées seulement comme une forme abortive de ces délires, en étant différenciées par ce fait que le malade a conscience de son état[1]. Quant à la nature clinique de ces délires, Morselli et Buccola les placent parmi les *psychoses dégénératives* et les divisent en deux classes : 1° délires systématisés primitifs par anomalies de développement de l'individualité psychique (P. originaire de Sander); 2° délires systématisés primitifs se montrant dans une individualité psychique déjà développée. Alors interviennent des causes occasionnelles (maladies aiguës, ménopause, traumatismes). Cependant, même dans ces cas, l'influence héréditaire existe la plupart du temps. — Les formes que Morselli et Buccola font rentrer dans la folie systématisée primitive sont les suivantes :

1° La monomanie intellectuelle d'Esquirol.

2° La folie sensorielle quand les hallucinations n'engendrent pas de la manie ou de la mélancolie, mais des conceptions délirantes par une lésion originelle des centres perceptifs.

3° Les prétendus cas de lypémanie avec délire des persécutions dans lesquels l'état mélancolique est secondaire.

4° Les folies hypocondriaques dans lesquelles les hallucinations cynesthétiques sont le pivot des conceptions délirantes et où l'on rencontre souvent un délire de persécution caché sous les idées hypocondriaques.

5° Certains cas de folie hystérique qui présentent un délire érotique sans rémission. (Merklin et Schaefer.)

6° Certains cas de claustrophilie ou de claustrophobie mal interprétes et cachant un délire de persécution. — Un certain nombre de formes analogues toutes caractérisées par la prédominance d'un groupe donné d'idées et de tendances rentre dans les formes abortives de la folie systématique primitive, tandis que d'autres constituent le groupe des idées fixes où subsiste la conscience.

7° Les formes intermédiaires à la raison et à la folie (tempéraments de fous), les graphomanes à idées de grandeurs cachées.

8° Certains cas types de folie lucide ou raisonnante.

9° Les excentriques, les originaux.

[1] Voir aussi Buccola. *Le idee fisse* (*Riv. sper. di fren*, 1880.)

Amadei et Tonnini[1] (1883) nous donnent une description très complète de la *Paranoïa*, nous montrant que le délire n'est qu'une phase, le point culminant de la maladie. Le développement, les caractères, la marche, les transformations ou associations, les terminaisons du délire sont nettement étudiées. Mais le point le plus original du mémoire est la classification. Les auteurs admettent à côté d'une forme dégénérative une forme psychoneurotique et ils invoquent les arguments suivants :

1° Absence dans ces cas d'un élément constitutionnel pouvant faire prévoir la maladie : aucun symptôme habituel de neuropathie.

2° Existence fréquente de causes occasionnelles ou de dispositions temporaires pouvant expliquer la *Paranoia*, sans qu'il soit besoin de rechercher une prédisposition dans les antécédents.

3° Souvent ces cas guérissent, quelquefois il en résulte un certain affaiblissement mental.

4° Il n'y a dans les formes psychoneurotiques ni plus ni moins d'hérédité que dans la manie ou la mélancolie.

5° La période de maladie des formes aiguës et le début de celle des formes chroniques psychoneurotiques est en contradiction avec la vie mentale antérieure du sujet, tandis qu'il n'en est pas ainsi dans les formes dégénératives.

Voici d'ailleurs la classification de la *Paranoia* qu'ils proposent :

I. Paranoia dégérative.

- A. *Originaire.*
  - a. *simple* : délire de persécution, ambitieux, religieux, érotique.
  - b. *hallucinatoire* : délire de persécution, ambitieux, religieux, érotique, hypochondriaque.
- B. *Tardive.*
  - a. *simple* : délire de persécution, de la chicane, ambitieux, religieux, érotique.
  - b. *hallucinatoire* : délire de persécution, ambitieux, religieux, érotique, hypochondriaque.

[1] Amadei et Tonnini. — *La Paranoia et le sue forme* (*Arch. ital. per le malattie nervose*, 1883-1884).

II. Paranoia psychoneurotique.

- A. *Primitive*
  - α *aigue et curable.*
    - a. *simple* : délire de persécution, ambitieux, religieux, érotique.
    - b. *hallucinatoire* : délire de persécution, ambitieux, religieux, érotique.
  - β. *Incurable.*
    - a. *simple* : délire de persécution, ambitieux, religieux, érotique.
    - b. *hallucinatoire* : délire de persécution, ambitieux, religieux, érotique, hypochondriaque.
- B. *Secondaire.*
  - a. post-maniaque.
  - b. post-mélancolique.

Comme on le voit par ce tableau, la *Paranoia* dégénérative seule serait toujours primitive, la secondaire n'étant seulement que la terminaison d'un état psychoneurotique. Cette forme secondaire est considérée par les auteurs, avec Krafft-Ebing, comme un état d'affaiblissement mental consécutif à des formes primitives de psychoneuroses.

Quant à la tare dégénérative des *Paranoia* de la première catégorie elle n'est pas des plus profondes et ne réduit pas les malades au dernier degré de l'échelle des dégénérés. Aussi Schuele, avec juste raison, sépare-t-il ces formes des dégénérescences dans le sens strict du mot pour en faire, comme nous l'avons vu, des névroses à base dégénérative. Mais cela n'est en somme qu'une question de degré, et il doit y avoir des formes de passage entre les formes dégénératives de *Paranoia* et certaines bouffées délirantes simples observées chez les imbéciles, et de même entre certains états de débilité mentale et les *Paranoia* originaires dont le délire est peu accentué.

(*A suivre.*)

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. Un cas de tumeur de la glande pinéale; par K. Pontoppidan (*Neurol. Centrabl.*, 1885).

Observation caractérisée par l'existence de mouvements irrésistibles. Un syphilitique présente pendant six semaines de la céphalée et des vertiges; puis, tout à coup, paresse intellectuelle, impossibilité de se tenir debout et de marcher, déjections involontaires, obnubilation extrême du sensorium, expression d'hébétude faciale, tremblements et faiblesse des extrémités, mydriase avec réaction lente des pupilles, regard fixe avec diminution de la mobilité des globes oculaires dans toutes les directions, sans strabisme ni diplopie, papilles à contours diffus, dilatations et sinuosités des veines du fond de l'œil, tendance à affecter une situation latérale du côté gauche; la marche et la station debout ne sont possibles qu'à l'aide d'un appui et encore le patient menace de tomber en arrière ou bien, au lieu d'avancer, il piétine sur place en inclinant un peu à gauche; de temps à autre, il esquisse une rotation à gauche autour de l'axe du corps. Finalement sopor, sueurs profuses, opisthotonos, une attaque épileptiforme; névrite optique avec exsudats et hémorrhagies, déviation conjuguée des yeux à droite. Mort trois mois après le début des accidents. L'*autopsie* révèle de la réplétion des veines encéphalorachidiennes. Dans la grande fente cérébrale de Bichat, au niveau des tubercules quadrijumeaux et des pédoncules cérébelleux supérieurs proémine une tumeur du volume d'une noix mi-partie gélatineuse gris-rougeâtre, mi-partie rouge-sombre; elle occupe la ligne médiane, juste à l'endroit où siège la glande pinéale; sa portion antérieure semble infiltrée de fines parcelles de sable. On l'énuclée dans sa totalité, avec la toile choroïdienne et les plexus choroïdes, sans léser la substance cérébrale à laquelle elle n'adhère pas; compression des tubercules quadrijumeaux, intégrité des pédoncules cérébelleux moyens. Un examen microscopique succinct permet de reconnaître au sein de la tumeur une

vascularité extrême, des hémorrhagies nombreuses, des cellules rondes en abondance sans substance intermédiaire, des altérations vasculaires (parois minces et larges, ou, au contraire, uniformément épaissies). Est-ce un sarcome ordinaire? Est-ce un néoplasme à tissu granuleux (adénoïde) développé dans le plexus choroïde, par suite d'une lésion vasculaire syphilitique, néoplasme n'ayant atteint la glande pinéale que secondairement? Une recherche plus complète est de rigueur. P. K.

II. Contribution a l'anatomie pathologique de la paralysie saturnine; par H. Oppenheim. (*Arch. f. Psych.*, XVI, 2).

Homme de trente-trois ans, fondeur en caractères, soumis depuis plus de vingt ans à l'inhalation de poussières de plomb, ayant été à plusieurs reprises en proie à des coliques saturnines et à des phénomènes cérébraux. En 1879, faiblesse des extrémités inférieures peu après suivie de parésie des membres supérieurs; on constate, sur les membres supérieurs, de la paralysie des extenseurs; les membres inférieurs, considérablement affaiblis, présentent de l'atrophie dans le domaine du nerf crural (absence du phénomène du genou; paralysie atrophique, réaction dégénérative) et dans les deux mollets; paralysie dégénérative des extenseurs du pied et des jambiers antérieurs: sous l'influence du traitement galvanique, le malade reprend ses occupations. En août 1884, tout à coup symptômes cérébraux (délire, coma, céphalalgie, parésie du facial gauche, stomatite gangréneuse grave, intéressant surtout la langue; somnolence, décrépitude, attitude des mains caractéristique de la paralysie saturnine, aplatissement de la face des avant-bras qui correspond à l'extension (surtout à droite) des éminences thénar et hypothénar et du premier espace interosseux): ainsi, à droite, les extenseurs de la main et des doigts, sauf le cubital postérieur et le long abducteur du pouce, les muscles de l'éminence thénar sont complètement paralysés, le long supinateur a perdu toute sa force; les extenseurs de la main et des doigts ne réagissent plus sous le courant électrique, l'éminence thénar présente une réaction dégénérative absolue ou partielle ainsi que le long supinateur et le deltoïde; affaiblissement général et altérations considérables de l'excitabilité électrique dans les membres inférieurs. Mort quatre jours après

l'admission. L'*autopsie* permet de constater : une néphrite interstitielle double (atrophie granuleuse); une hypertrophie du cœur; un foyer hémorrhagique noirâtre dans le lobe temporal droit; un kyste apoplectique en dehors de la tête du corps strié droit; des foyers de bronchiopneumonie disséminés; une atrophie fibreuse des muscles de la face d'extension des avant-bras; une dégénérescence graisseuse des muscles des mollets, du triceps crural et des adducteurs fémoraux, du côté droit, excepté le couturier, des extenseurs des deux jambes. Le microscope confirme ces altérations, révèle des dégénérescences des troncs nerveux (radial, tibial postérieur, péronier), ainsi qu'une *poliomyélite antérieure chronique* particulièrement prononcée dans les renflements cervicaux et lombaires; intégrité des racines antérieures; M. Oppenheim conclut que les lésions périphériques émanent de la lésion de la moelle. P. K.

III. Sur un complexus symptomatique tout particulier dans un cas de lésion des cordons postérieurs de la moelle; par C. Westphal. (*Arch. f. Psych.*, XVI, 2 et 3.)

Malade observé pendant trois ans. L'affection débute par une parésie du droit interne de l'œil gauche; plus tard, apparaissent de la blépharoptose et des vertiges. Les extrémités inférieures sont successivement atteintes de parésie, puis de paralysie presque absolue. Les extrémités supérieures également parésiées deviennent le siège d'une rigidité musculaire, d'ailleurs assez faible, sur certains groupes musculaires. Exagération du phénomène du genou, plus tard contraction paradoxale, soit quand on fléchit, soit quand on étend le pied sur la jambe, soit même quand on fait mouvoir les articulations du genou et de la hanche. La parésie des membres supérieurs augmente; certains mouvements des doigts disparaissent complètement, d'autres provoquent de la rigidité et de la contraction paradoxale. Ultérieurement, les muscles masticateurs sont atteints de la même façon. Intégrité des muscles de la face, déviation de la langue à droite. Diminution remarquable et graduelle de la sensibilité du corps entier, y compris la face; conservation des réflexes cutanés. Troubles du sommeil. Phénomènes d'angoisse. Vers la fin de la maladie, l'intelligence est émoussée. Impossibilité d'établir un diagnostic. En faveur d'une sclérose en plaques cérébro-spinale plaideraient : la parésie progressive

des quatre extrémités, le tremblement qui se montra au début à l'occasion des mouvements voulus, un certain degré de raideur dans certains groupes musculaires, la parésie des muscles des yeux, les troubles cérébraux. D'un autre côté, la rigidité musculaire n'est pas très accentuée, le tremblement disparaît pour faire place aux autres anomalies du système musculaire, l'anesthésie occupe toute la surface de la peau; cet ensemble contredit à l'idée de la sclérose en plaques. Sur ces entrefaites, le malade meurt et l'autopsie révèle une lésion des cordons postérieurs à disposition spéciale, entre les faisceaux de Goll et les faisceaux de Burdach (v. le texte) du haut en bas de la moelle; on y rencontre d'ailleurs peu de granulations graisseuses, et l'atrophie des fibres est particulièrement prononcée dans la moelle dorsale. En même temps, la partie la plus antérieure des cordons latéraux est, sur une hauteur de 1 c. 5 dans la moelle cervicale, le siège d'une altération périphérique (pas de cellules granuleuses). Intégrité de la substance grise et de ses cellules. Hyperplasie interstitielle avec atrophie des tubes nerveux des cordons grêles et cunéiformes dans le bulbe: cette lésion gagne les racines ascendantes des trijumeaux sans toucher aux noyaux des cordons en question. Névrite parenchymateuse des nerfs péronier, crural, tibial, des racines postérieures lombaires et peut-être dorsales; atrophie possible des racines antérieures lombaires. Diminution de volume des fibres du jambier antérieur. — M. Westphal fait remarquer que l'intégrité des zones radiculaires postérieures explique la persistance du phénomène du genou; que le peu d'intensité et d'étendue de la lésion rend compte de l'absence d'ataxie: que les troubles de la sensibilité observés dans l'espèce se rattachent à la névrite périphérique (intégrité des racines postérieures, légère altération des cordons postérieurs); que la paralysie du membre doit être rapportée à l'atrophie des tubes nerveux moteurs des nerfs et non à la dégénérescence minuscule des cordons antéro-latéraux, bien que les muscles correspondants ne présentassent pas de réaction dégénérative anatomique ou électrique; que, peut-être, la modification anatomique des jambiers antérieurs a entrainé, de concert avec celle des nerfs, la contraction paradoxale, qu'enfin la démence terminale est sous la dépendance d'un certain degré d'atrophie du cerveau. Comme le patient était tuberculeux (constatation anatomopathologique) sans qu'on s'en fût

douté pendant la vie, il se pourrait qu'il s'agît d'un mode d'infection nouveau du système nerveux central et des nerfs (processus chronique); il est donc bon de mettre ce cas en parallèle avec les faits de Joffroy, Lancereaux, Desnos et Pierret, Eisenlohr, F.-C. Mueller, sans autrement trancher la question. P. K.

IV. Anévrismes des plus petits vaisseaux de la moelle épinière; par O. Hebold (*Arch. f. Psych.*, XVI, 3)[1].

Fillette de quinze ans moins trois mois; il y a neuf mois, violentes douleurs dentaires et soi-disant érysipèle de la face; six semaines plus tard, strabisme; trois semaines encore, au moment où l'état local semble satisfaisant, agitation, divagation, céphalalgie violente, chute des cheveux, diminution de l'acuité visuelle et auditive, hyperesthésie, pupilles larges et fixes, immobiles; blépharoptose gauche puis bi-latérale; aphasie; démence croissante, cécité, ptyalisme, troubles de la marche, accentuation des réflexes tendineux à droite, absence de réflexe plantaire du même côté.

Autopsie. Pertes de substance et épaississements ostéophytiques du crâne, méningite de la convexité; thrombose du sinus transverse gauche; deux abcès dans le lobe temporal gauche; un abcès dans le lobe temporal droit; myélite et anévrismes de la moelle. Tuberculose pulmonaire et intestinale. Thrombose de l'artère pulmonaire gauche. — C'est particulièrement dans la moelle dorsale supérieure que se présentent, sur une hauteur de 2 centimètres, les ectasies vasculaires, profuses surtout autour de la corne postérieure gauche, dans les faisceaux pyramidaux des cordons latéraux et dans les faisceaux cunéiformes externes; tuméfaction des fibres nerveuses de la névroglie; intégrité des cellules. Accumulation d'endothélium, dans le canal central au milieu d'un tissu scléreux. Les veines centrales de la moelle étant oblitérées (thromboses) immédiatement au-dessus du segment où siège le foyer des anévrismes capillaires, ceux-ci doivent émaner de la stase sanguine. Tout en admettant la prédisposition aux thromboses (thrombose spinale, thrombose intracrânienne, thrombose pulmonaire), M. Hebold croit que les trois gros abcès du cerveau ont dû

[1] Voy. *Archives de Neurologie*. Société psychiatrique de la province du Rhin, juin 1885.

des quatre extrémités, le tremblement qui se montra au débu à l'occasion des mouvements voulus, un certain degré de raideur dans certains groupes musculaires, la parésie des muscles des yeux, les troubles cérébraux. D'un autre côté, la rigidité musculaire n'est pas très accentuée, le tremblement disparaît pour faire place aux autres anomalies du système musculaire, l'anesthésie occupe toute la surface de la peau; cet ensemble contredit à l'idée de la sclérose en plaques. Sur ces entrefaites, le malade meurt et l'autopsie révèle une lésion des cordons postérieurs à disposition spéciale, entre les faisceaux de Goll et les faisceaux de Burdach (v. le texte) du haut en bas de la moelle; on y rencontre d'ailleurs peu de granulations graisseuses, et l'atrophie des fibres est particulièrement prononcée dans la moelle dorsale. En même temps, la partie la plus antérieure des cordons latéraux est, sur une hauteur de 1 c. 5 dans la moelle cervicale, le siège d'une altération périphérique (pas de cellules granuleuses). Intégrité de la substance grise et de ses cellules. Hyperplasie interstitielle avec atrophie des tubes nerveux des cordons grêles et cunéiformes dans le bulbe: cette lésion gagne les racines ascendantes des trijumeaux sans toucher aux noyaux des cordons en question. Névrite parenchymateuse des nerfs péronier, crural, tibial, des racines postérieures lombaires et peut-être dorsales; atrophie possible des racines antérieures lombaires. Diminution de volume des fibres du jambier antérieur. — M. Westphal fait remarquer que l'intégrité des zones radiculaires postérieures explique la persistance du phénomène du genou; que le peu d'intensité et d'étendue de la lésion rend compte de l'absence d'ataxie; que les troubles de la sensibilité observés dans l'espèce se rattachent à la névrite périphérique (intégrité des racines postérieures, légère altération des cordons postérieurs); que la paralysie du membre doit être rapportée à l'atrophie des tubes nerveux moteurs des nerfs et non à la dégénérescence minuscule des cordons antéro-latéraux, bien que les muscles correspondants ne présentassent pas de réaction dégénérative anatomique ou électrique; que, peut-être, la modification anatomique des jambiers antérieurs a entraîné, de concert avec celle des nerfs, la contraction paradoxale, qu'enfin la démence terminale est sous la dépendance d'un certain degré d'atrophie du cerveau. Comme le patient était tuberculeux (constatation anatomopathologique) sans qu'on s'en fût

en même temps, tension musculaire, et convulsions toniques interrompant brusquement la folie choréique. Exagération des phénomènes musculaires et tendineux. Le contact et la volonté développent, en même temps qu'un mouvement correspondant, des contractions spasmodiques en d'autres points de l'économie (globes oculaires, rachis, tronc); toute excitation interne ou externe d'un groupe musculaire est suivie de convulsions toniques, principalement dans les membres inférieurs, qui ont empêché que le petit malade n'apprît à marcher. En ce qui concerne la cause anatomique, la débilité mentale émane probablement d'une lésion diffuse de l'écorce, les troubles moteurs indiquent l'atteinte des tractus moteurs qui vont de l'écorce aux cordons latéraux; l'hyperesthésie, rapprochée d'un certain degré d'ataxie, remonte peut-être à une affection des cordons postérieurs; quant à l'incomplet développement de la parole et au strabisme, on ne saurait se prononcer. Le malade vit encore. P. K.

VI. Sur le phénomène du pied; par D. Axenfeld. (*Arch. f. Psych.*, XVI, 3.)

Faites asseoir un individu sur un canapé ou sur un siège peu élevé, de façon que la pointe du pied touche seule le sol et force ainsi la cuisse à se fléchir légèrement sur le bassin et la jambe à se fléchir sur la cuisse. Dans une certaine position facile à trouver, il se produit des oscillations périodiques de la jambe, qui augmentent jusqu'à provoquer le heurt du sol par le calcanéum en mouvement; ces oscillations échappent si bien à l'influence de la volonté qu'à un moment donné, pour interrompre le mouvement, on doit changer la situation du patient; abandonné à lui-même, il peut durer une demi-heure variant plus ou moins dans son intensité jusqu'à ce que la fatigue des muscles en entraîne la cessation. Si l'on place sur le genou ainsi lancé une feuille de papier mobile de droite à gauche, sur laquelle on appuie une plume ou un crayon perpendiculaire et fixe, on obtient une ligne ondulée dont les zigzags représentent le nombre des vibrations pendant un temps déterminé à l'aide d'une montre à secondes. Chez M. Axenfeld et chez d'autres hommes jeunes et bien portants, la moyenne est de 7 vibrations par seconde. L'examen de la vibration de chaque jambe, rapproché de l'examen des deux jambes vibrant

en même temps, montre que la cadence n'existe pas dans l'espèce, chacune de ces extrémités présentant, dans l'unité de temps qui lui est propre, des interférences, des suspensions périodiques, mais indépendantes; chacun des membres inférieurs possède à cet égard ses particularités qu'il convient de rattacher à sa structure anatomique, à la disposition de ses parties constituantes (longueur exacte du pied, etc....) qui influencent le nombre des vibrations. P. K.

VII. L'épreuve électro-thérapeutique du champ visuel; par C. Engelskjœn. (*Arch. f. Psych.* XVI, 3.)

Réplique à la critique de MM. E. Konrad et Wagner [1]. L'auteur commence par affirmer que la paupière supérieure ne nuit en rien à la projection sur le tableau de la véritable amplitude rétinienne du champ visuel; il affirme de nouveau que ce qu'il appelle le courant positif[2] au point de vue thérapeutique, éclaircit et amplifie le champ visuel, augmente en même temps l'acuité vraie, cela indépendamment de l'écarquillement. Nouvelles observations confirmatives avec preuves contradictoires. Peut-être est-ce l'effet de l'excitation cutanée, effet semblable à celui de l'excitation mécanique de la peau (Urbantschisch), etc.... Au fond, tout en entrant dans la réfutation des objections à l'aide de minutieux détails, M. Engelskjœn répond, quoiqu'il produise des observations, à la question par la question. A l'examen pratique de décider de la véracité ou de la fausseté des assertions et des arguments opposés. P. K.

VIII. Contribution a la pathologie de la névrite multiple; par Hirt. (*Neurolog. Centralbl.*, 1884.)

Il y a des cas dont l'évolution ressemble à celle du tabes dorsal et qui résultent simplement d'une affection des nerfs périphériques. Deux observations sont relatées, mais elles sont dépourvues d'autopsie. A rapprocher des cas de Déjerine (Académie des sciences, 1883. Archives de physiologie normale et pathologique, 1884) et du mémoire d'Eisenlohr [3]. P. K.

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XI, p. 424.
[2] *Id.*, t. X, p. 104, 425; t. XI, p. 425.
[3] *Id.*, t. VIII, p. 231, 329, 347; t. IX, p. 255 et 256.

IX. CONTRACTURE PASSAGÈRE PROFESSIONNELLE DES DOIGTS DE LA MAIN DROITE CHEZ UNE FLEURISTE; obs. par M. OZENNE. (*France méd.*, 1882, t. II.)

X. DU CHLORALISME CHRONIQUE; par REHM. (*Arch. f. Psychiat.*, XVII, 1.)

L'auteur a institué dans son asile, depuis l'été de 1879, une série d'expériences prouvant, selon lui, que, tantôt le chloral aggrave les symptômes pour lesquels on le donne (deux observations), tantôt il agit, non comme agent thérapeutique, mais comme coerciteur laissant souvent les malades dans un état d'apathie et de dépression (trois observations), ou jouant le rôle d'un excitant dont le cerveau ne peut plus se déshabituer, tantôt enfin il empêche le sommeil. Pour éviter l'assuétude, on le susprendra fréquemment, on le remplacera par un autre médicament. Les accidents qu'il produit seraient : des troubles vasoparalytiques de la tête (action sur le ganglion cervical supérieur), des affections cutanées (érythème papuleux, eczéma, gangrènes de la peau), de la suppuration et du fendillement, de la fragmentation des ongles, des rash, des douleurs dans les membres, des troubles intestinaux, de l'ictère, des inflammations suppuratives et gangréneuses des muqueuses buccales, pharyngiennes, stomacales, de la propension aux diarrhées, aux pneumonies, à la gloutonnerie avec amaigrissement, de la rétention d'urine, du tremblement, des convulsions épileptiques, des perturbations cardiaques (battements ralentis ou précipités), des espèces de paralysie des extrémités inférieures et parfois de toutes les extrémités. Il faudrait lui imputer les altérations anatomiques suivantes : hyperémie des organes abdominaux — œdème avec anémie du corps calleux et des pédoncules cérébraux ; — inflammation et perforation du grand cul-de-sac de l'estomac ; — foie gras — tuméfaction des plaques de Peyer ; — coloration argileuse des matières fécales ; — congestion et état gras des reins ; — cœur gras ; — sang de couleur laque, dépourvu de matières fibrinogènes. — Le chloral déterminerait : un malaise général, une sensation de faiblesse, de l'inappétence au travail, de l'obnubilation intellectuelle, de l'affaiblissement des sens et des facultés, finalement la mélancolie. Excitant ou agitant les hystériques et les neurasthéniques, il provoquerait chez ces malades des accès d'angoisse, voire de l'hébétude, du délire avec hallucinations ; il n'est pas rare de voir, après sa suppression, le sommeil revenir, les conceptions irrésistibles se mitiger, la guérison s'effectuer. Les expériences physiologiques de Krœpelin, Liebreich, Buchheim, Hammerstein, Kajewski, Hermann, Fil, Tomascewicz, v. Mering, Muskulus, Richardson, Roussin, Personne, Byasson, Kahle, Husemann, Hartnack et Witkowski,

Eckhard, Binz, ont démontré qu'il paralyse les centres vaso-moteurs à l'état de chloroforme ou de chlore (inspirations suspirieuses), et diminue le tonus musculaire (d'où hypothermie, diminution du travail physiologique, anoxhémie, lésions cutanées, tendance aux hémorrhagies, qu'il affaiblit peut-être aussi directement l'action du centre thermique et celle des centres trophiques. Le défaut d'énergie morale et la mauvaise humeur proviennent de la conscience qu'a l'intoxiqué, que son énergie vitale a diminué, et de l'action immédiate du chlore sur le tissu nerveux; la déchéance organique, l'affaiblissement de la circulation et de la respiration, l'accumulation de déchets dans l'organisme, entraînent les douleurs et les inquiétudes dans les membres et les articulations. P. K.

XI. Contracture hystérique des paupières; par Percy-Potter.

Si ce n'était l'habitude des termes médicaux, on pourrait appeler cette maladie blépharospasme hystérique. Ce n'est pas une affection rare, mais on a souvent méconnu ses causes et négligé le traitement approprié.

Les sujets porteurs de cette affection sont des jeunes femmes qui ne présentent peut-être aucune irrégularité de la menstruation et chez qui les symptômes apparaissent subitement. L'un des premiers signes est la contracture partielle des deux orbiculaires avec de la photophobie. Ensuite, la contracture tonique est si forte que la fente palpébrale est à peine visible. Les paupières tremblottantes des hystériques ne rentrent pas dans la même affection. Un examen minutieux ne peut faire découvrir ni larmoiement, ni rougeur, ni granulation de la conjonctive palpébrale et oculaire.

C'est par l'absence de ces signes physiques que se fait le diagnostic. Les contractions spasmodiques involontaires sous un traitement approprié ne durent que huit ou dix jours, sans laisser de lésions. On n'obtient aucun soulagement, comme on pourrait le croire, par l'application de l'atropine et d'autres sédatifs des yeux. Quand on a déterminé que la cause n'est ni un corps étranger, ni une irritation nerveuse, ni une conjonctivité, il ne se présente plus qu'un mode de traitement. Dans l'état hystérique, on doit agir sur les nerfs sensitifs de la peau; les douches froides sont le meilleur remède. En donnant une douche matin et soir, pendant plusieurs jours on voit disparaître le spasme. L'électricité galvanique doit être subordonnée aux douches. Naturellement, on doit surveiller la santé générale. Le blépharospasme peut être le seul signe de l'hystérie et comme le diagnostic n'en est pas toujours fait, l'objet de cette présente note a pour but d'attirer l'attention sur ce point. (P. *Pacifii Surgical Médical Journal*, décembre 1886.) Sorel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 29 novembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. SÉMELAIGNE.

Du délire chronique (suite de la discussion). — M. FALRET confirme les quatre périodes du délire chronique telles que les a exposées M. Garnier d'après la doctrine de M. Magnan et de ses élèves. On les trouve souvent, en effet, dans le délire des persécutions. La qualification de chronique s'applique très heureusement à cette forme mentale, mais il faudrait bien se garder de confondre sous ce nom de délire chronique la mélancolie anxieuse, comme tendrait à le faire la doctrine de Sainte-Anne, car la mélancolie ne présente pas les phases successives constituant un délire chronique. Comme l'a fait remarquer M. Cotard, c'est le délire des négations qui serait plutôt la période terminale de la mélancolie anxieuse.

M. DAGONET. Si j'ai bien compris, M. Magnan et ses élèves désignent du nom de délirants chroniques une catégorie d'aliénés dont la maladie suit toujours une même évolution, évolution fatale et caractérisee par plusieurs périodes nettement définies. Aussi le délire des persécutions n'existe pas plus que la mégalomanie. Ce ne sont plus des entités cliniques irréductibles; ils ne sont l'un et l'autre que les aspects différents d'une même maladie dont ils traduisent seulement une saillie symptomatique aux deux temps principaux de son évolution.

Je ne partage pas cette opinion et je crois que les faits concordent peu avec les affirmations de M. Garnier. Le délire des persécutions, si bien décrit par Lasègue, est un type nosographique devenu rapidement classique que nous devons admettre comme entité, dans l'état actuel de la science; en effet, nous voyons le délire des persécutions persister pendant de longues années, pendant toute l'existence de l'individu, sans donner lieu à aucune transformation en délire ambitieux.

M. Garnier nous montre lui-même, en ce qui concerne le délire des persécutions, comme tout ce système du délire chronique est

peu fondé : Il admet dans son mémoire une classe de *persécutés persécuteurs* (ils le sont tous plus ou moins) qui ne doivent pas, suivant lui, être confondus avec les persécutés ordinaires qui sont des *délirants chroniques*. J'avoue ne pas comprendre ces subtilités; c'est là évidemment une contradiction dans la thèse de M. Garnier.

Je crois, en conséquence, que nous devons rejeter cette innovation mal justifiée de délire chronique. Le délire des persécutions restera un type nosologique et une véritable entité morbide dans le cadre des maladies mentales. La description et l'évolution en sont nettement tracées. Ce délire, qui aboutit ordinairement à la démence, persiste quelquefois indéfiniment avec les mêmes caractères et je l'ai vu guérir; il ne suit donc pas une évolution fatale. Admettant le délire des persécutions tel qu'il est, je ne vois pas davantage la nécessité de créer, comme M. Garnier le propose, une autre classe dite de persécutés persécuteurs ! rentrant dans le groupe des héréditaires ?

La monomanie ambitieuse ou *mégalomanie* est, elle aussi, un type nosologique; on a tort de vouloir lui substituer le nom de délire chronique. Je n'ai jamais considéré la mégalomanie comme une simple monomanie; c'est une erreur de M. Garnier. Les monomanies, dans le sens absolu de cette expression, n'existent pas. Esquirol lui-même ne comprend pas les monomanies de cette manière. La mégalomanie n'a pas cette évolution qu'on cherche à lui assigner. Elle peut persister longtemps indéfiniment avec les caractères qui lui sont propres. J'ai observé un mégalomane type qui est resté tel pendant plus de vingt ans sans aboutir à la démence. On pourrait citer d'autres exemples qui nous obligent à considérer la mégalomanie comme une entité. M. Garnier a cru devoir blâmer cette expression, que j'ai employée avec beaucoup d'autres auteurs, pour désigner une catégorie d'aliénés bien connus. Je regrette, à mon tour, de ne pouvoir le suivre dans la nouvelle voie qu'il nous indique, mais je ne puis admettre cette tendance à rejeter deux types nettement distincts qui persistent pendant longtemps avec leurs caractères bien tranchés, pour les confondre en une seule et même maladie à laquelle on donnerait une dénomination qui manque de clarté et qui rendrait, à mon avis, plus obscur l'étude des maladies mentales.

M. A. Voisin rapporte qu'il a amélioré et guéri par suggestion un certain nombre de ses malades atteintes de *dysménorrhée* ou *même d'aménoorrhie*.

De la valeur des hémorrhoïdes en aliénation mentale. — M. Charpentier, sur 338 aliénés qu'il a observés, a noté la présence d'hémorrhoïdes chez 85 d'entre eux. En recherchant les manifestations arthritiques ou herpétiques chez les ascendants des 338

malades, il a constaté 159 fois ces manifestations constitutionnelles réunies soit à des névroses, soit à l'aliénation mentale ; 59 fois il les a rencontrées sans névroses ni aliénation mentale et 53 fois seulement, il a trouvé l'aliénation mentale sans maladies constitutionnelles. M. Charpentier est loin cependant de croire aux prétendues folies hémorrhoïdaires, arthritiques ou herpétiques qui ne présentent aucun signe spécial permettant de les caractériser.

M. Féré. L'arthritisme et l'herpétisme n'étant en somme qu'un mode de dégénérescence physique, il n'y a pas lieu de s'étonner que M. Charpentier ait rencontré des types constitutionnels associés à l'aliénation qui est une dégénérescence mentale. M. B.

Séance du 27 décembre 1886. — Présidence de M. Semelaigne.

M. Séglas. — *Note sur le traitement de l'amblyopie hystérique, par l'exercice de la sensibilité speciale, et des paralysies de même nature par l'exercice musculaire.*

Dans une série de communications faites à la Société de Biologie et dans plusieurs articles publiés dans la *Revue philosophique*[1], M. Ch. Féré a insisté sur l'influence des excitations périphériques sur l'état dynamique et dans une note spéciale, il a étudié les effets de quelques excitations visuelles sur les hystériques achromatopsiques. Voici un résumé rapide de ses expériences à ce sujet. Une malade ne voit que le rouge à gauche, et il ne lui manque que le violet à droite : on l'expose à la lumière rouge pendant quatre minutes. Elle nomme alors le rouge, le vert, le bleu, le jaune, désigne sous le nom de gris-bleu tirant sur le rouge une couleur qu'elle ne connaît pas, et elle reconnaît parfaitement les trois nuances violettes du tableau des couleurs. Au bout d'une demi-heure, les choses sont rentrées dans l'ordre, et elle appelle noirs les carrés dont elle distinguait tout à l'heure la couleur violette. L'œil gauche a continué à ne voir que le rouge, mais distinguant plus de nuances. Les mêmes effets se sont reproduits sur quatre autres sujets achromatopsiques pour le violet ; sur d'autres, l'expérience a réussi à un degré moindre, c'est-à-dire qu'au lieu de faire apparaître une couleur non distinguée ordinairement, on provoquait seulement une augmentation de la sensibilité différentielle pour des nuances variées des couleurs distinguées par le sujet. En même temps, on pouvait noter une

[1] *Bull. Soc. Biologie*, 1885-1886, et *Rev. philosopn.*; octobre 1885, mars et juillet 1886. — *Sensation et mouvement, études de psycho-mécanique*. — Alcan, édit.

augmentation de l'acuité visuelle, de l'étendue du champ visuel, et de la sensibilité des téguments de l'œil.

Frappé du résultat de ces expériences, j'ai songé à les appliquer au traitement de l'amblyopie hystérique, et voici ce que j'ai observé : Mme X..., âgée de 30 ans environ, atteinte de grande hystérie, présente actuellement comme symptômes de l'hémi-parésie et de l'hémi-anesthésie droites et des troubles fonctionnels du côté de la vue consistant en : diminution de la sensibilité des téguments oculaires des deux côtés, diminution de l'acuité visuelle, rétrécissement double du champ visuel très marqué surtout à gauche, troubles du sens chromatique. Pour les deux yeux, toutes les notions de couleur se réduisent au rouge et au bleu : le rouge, l'orange sont vus rouges sans distinction de teintes; le jaune paraît blanc; le vert, le bleu, le violet sont vus également bleus sans distinction de nuances.

Je place devant les yeux de cette malade un verre rouge à travers lequel elle regarde une minute : je n'obtiens aucun résultat. Je la fais regarder une seconde fois pendant quatre minutes : le verre, une fois retiré, elle voit tout rouge, larmoie, se frotte les yeux. Ces symptômes de fatigue, qui disparaissent d'ailleurs au bout de quelques minutes, me mettent en garde (je dirai tout à l'heure pourquoi), et alors je remplace l'excitation prolongée par une série d'excitations très courtes produites en passant seulement le verre rouge devant les yeux plusieurs fois de suite, chaque série durant de deux à quatre minutes au plus. Dans une première séance, après deux séries de ces excitations séparées par un intervalle de repos, elle reconnaît différentes nuances de rouge, mais c'est tout. — Deux jours après cette augmentation de la sensibilité différentielle pour le rouge a persisté. Alors, par quatre reprises, je fais des séries d'excitation comme l'avant-veille. A la suite, ma malade gagne, en plus de la notion du rouge, celle du bleu, du vert, du violet. Sa sensibilité différentielle pour toutes les couleurs augmente aussi, car elle distingue plusieurs nuances; cependant, les teintes très claires paraissent uniformément blanches, de même le jaune est toujours vu blanc. — Le surlendemain, les choses sont restées en état ; dans cette troisième séance, je fais deux séries d'excitations à la suite desquelles la malade a repris la notion complète de toutes les couleurs avec leurs nuances les plus variées qu'elle classe d'elle-même sans erreur par séries et par gradation de teintes, même les plus claires qu'elle différencie maintenant très bien ; elle reconnaît aussi des couleurs composées telles que le marron, le gris, le grenat.... Voilà pour le sens chromatique; quant aux autres phénomènes visuels, ils m'ont paru aussi se modifier. L'acuité visuelle a certainement augmenté; mais manquant d'instruments de précision pour la mesurer ainsi que le champ visuel, je n'ose rien

préciser à ce sujet. Je noterai enfin que la sensibilité des téguments de l'œil m'a semblé manifestement augmentée à la suite des excitations par la lumière rouge.

Ce dernier fait, étudié avec soin par M. Féré, le conduit à penser qu'il existe dans les centres nerveux, pour les organes des sens, des éléments communs ou du moins très voisins en connexion à la fois avec la sensibilité spéciale et la sensibilité générale. Cette opinion semblerait confirmée par l'expérience inverse des précédentes, qu'il a faite sur une hystérique amblyopique. Chez elle, l'application d'un diapason en vibration sur l'émergence des nerfs sus et sous-orbitaires faisait reparaître la sensibilité dans leur domaine en même temps que cédait l'anesthésie visuelle.

Pour ma part, je n'ai pas osé employer ce moyen chez ma malade, extraordinairement sensible, craignant de provoquer ainsi chez elle une amaurose analogue à celles qui surviennent à la suite de contusions de sourcil. En effet, c'est là un accident dont il faut se méfier chez cette sorte de maladie, même en n'employant que l'excitation par la lumière colorée; une excitation trop vive ou trop prolongée pouvant provoquer une sorte d'épuisement de la fonction et amener par suite une aggravation de symptômes.

Je rappellerai à ce propos que chez ma malade une excitation continue amenait très rapidement de la fatigue et que c'est alors que, redoutant de provoquer ainsi une amblyopie complète, j'ai substitué au mode d'excitation précédent les séries d'excitations répétées, mais très courtes, de quelques secondes à peine, produites en passant le verre coloré devant les yeux. On peut ainsi continuer l'excitation plus longtemps et avec beaucoup plus de sécurité. J'ajouterai que chez cette malade, le résultat obtenu se maintient encore aujourd'hui, au bout de trois mois, sans avoir renouvelé les excitations.

Voici encore un autre fait qui, bien que plus complexe, nous montre aussi l'influence de l'exercice de la sensibilité spéciale chez les amblyopiques hystériques. Il s'agit d'un malade que j'ai observé à Bicêtre, dans le service de M. Bourneville, pendant mon remplacement des vacances. C'est un garçon de dix-huit ans, atteint de grande hystérie, présentant une achromatopsie complète de l'œil droit : le champ visuel et l'acuité visuelle sont très diminués des deux côtés, mais surtout à droite; la sensibilité tégumentaire est abolie. J'avais essayé primitivement de faire disparaître l'achromatopsie par la suggestion hypnotique et j'y avais réussi en une séance; mais, deux jours après, à la suite d'attaques convulsives, l'achromatopsie réapparut comme devant. — Alors je pensai à user de la lumière colorée. Pour ce malade, moins sensible que la précédente, je n'ai plus employé les excitations successives et répétées de courte durée; mais je le faisais regarder trois à quatre

minutes de suite à travers un verre rouge. Au bout de quelques séances la notion des couleurs était revenue et il distinguait le rouge, l'orangé, le jaune, le vert, le bleu, le violet. La sensibilité différentielle aux teintes variées de chacune de ces couleurs restait obtuse chez ce malade, d'ailleurs peu intelligent et sans instruction. Au même temps, comme dans le premier cas, les téguments de l'œil primitivement insensibles donnaient maintenant les signes d'une sensibilité évidente, quoiqu'obtuse. L'acuité visuelle m'a semblé aussi augmenter un peu, cependant je n'ose encore rien affirmer à ce sujet de même que pour le champ visuel, pour les mêmes raisons que ci-dessus, c'est-à-dire l'absence de moyens précis de contrôle. Mais un fait des plus curieux à noter c'est qu'aujourd'hui, au bout de trois mois, le malade garde encore la notion des couleurs sans que j'ai renouvelé les excitations et malgré un état de mal hystérique et des attaques très nombreuses (plus de 600), alors que le résultat obtenu par la suggestion hypnotique avait été détruit de suite en une nuit par les attaques convulsives (au nombre de 26).

On voit donc que l'exercice de la sensibilité spéciale peut agir d'une façon efficace sur l'amblyopie hystérique; d'ailleurs ce fait n'a rien d'étonnant, car on sait que, même à l'état normal, les sens se développent par l'éducation. Mais, me dira-t-on, pourquoi avez-vous donné la préférence à la lumière rouge? N'aurait-on pu se servir d'une autre couleur? Sans doute, mais j'ai préféré prendre le rouge parce que cette couleur, d'après les expériences de M. Féré, est celle qui a le plus d'action sur l'état dynamique. Kunkel a montré aussi que le rouge produisait plus rapidement que les autres couleurs un maximum d'excitation; enfin les recherches de O. Berger[1] confirment ces faits : mais il ajoute qu'il ne faut pas cependant employer un rouge trop sombre, parce que le temps de réaction serait plus long que pour les autres couleurs du spectre réduites à intensité égale.

Qu'il me soit permis en terminant de rapporter un fait curieux que l'on peut rapprocher de ceux qui précèdent. Nous avons vu que la malade qui fait le sujet de la première observation était atteinte d'une hémiparésie droite. Au dynamomètre elle donnait 26 à gauche et à droite l'aiguille restait à 0. Je lui fais faire cinq ou six mouvements passifs de la main et de l'avant-bras gauche, coté sain, et alors la main gauche donne 27 et la droite 4. Je répète la même chose du côté droit et puis nous trouvons toujours 27 pour la main gauche, mais 12 pour la main droite. Encouragé par ce résultat, je lui fais faire tous les jours, pendant quelques minutes seulement, des mouvements du bras et de la jambe du côté droit. Au bout de deux jours, l'exploration nous donne à

[1] *Philosophische studien*, B. III; fasc. 1 et 2.

gauche 27 à droite 20; puis deux jours après, c'est-à-dire au bout de 4 jours en tout, la main gauche amène 28, la droite 24 (côté paralysé). La malade marche maintenant sans traîner la jambe; elle a repris le libre usage de son bras et de sa main et ne sent plus aucune lourdeur dans les membres, qui ont recouvré et gardent encore aujourd'hui, c'est-à-dire trois mois après, leur force et leur souplesse.

Ces faits sont confirmatifs des expériences de M. Féré, qui a montré que les mouvements d'un membre, réveillant les images motrices des centres, produisent par suite une augmentation de la puissance de ce membre et aussi, chose très curieuse, que l'on obtient un effet identique quoique moins accusé si l'on fait faire les mouvements du côté opposé. J'ai moi-même contrôlé plusieurs fois ces résultats chez d'autres malades à Bicêtre. Il est rationnel d'admettre alors que l'excitation d'un centre se propage aux centres voisins et l'on peut, à notre avis, rapprocher ces faits et les mouvements associés que l'on observe chez les hémiplégiques par lésions cérébrables chez qui un mouvement volontaire détermine un mouvement associé dans les membres paralysés. Quoi qu'il en soit de la théorie, le fait existe et nous pensons qu'il est possible, d'après ce que nous avons vu, d'appliquer ces données expérimentales au traitement de certains cas de paralysie hystérique où l'on pourra obtenir de bons résultats par les mouvements actifs ou passifs, l'exercice ou le massage des membres paralysés.

M. Ch. Féré. — Quelques faits ont déjà été cités à l'appui de mes recherches sur l'action des mouvements passifs[1]. Quant à ceux que vient de signaler M. Séglas relatifs à l'influence de l'exercice des sens spéciaux, ils sont particulièrement intéressants par leur résultat éloigné; j'ajouterai d'ailleurs que chez ceux des malades qui m'ont servi d'expériences, dès le début, la vision des couleurs a été rétablie et a persisté jusqu'aujourd'hui, c'est-à-dire depuis plus de quatre mois[2].

Séance du 31 janvier 1887.

PRÉSIDENCE DE MM. SÉMELAIGNE ET MAGNAN.

M. Sémelaigne, avant de céder le fauteuil de la présidence à M. Magnan résume en un éloquent discours les discussions qui ont eu lieu dans le sein de la société pendant l'année qui vient de s'écouler; il procède ensuite à l'installation du nouveau bureau.

[1] G. Jorissenne. — *Guérison de paralysies par la dynamogénie.* (*Ann. de la Soc. Méd. Chir. de Liège*, 1886, p. 351.)

[2] *Bull. Soc. Biol.*, 1886, p. 5 2.

M. MAGNAN remercie ses collègues qui l'ont appelé par leurs suffrages à diriger les travaux de la société.

Du délire chronique (suite de la discussion). — M. GARNIER. Vous avez entendu, messieurs, deux importantes communications sur la question à l'ordre du jour.

M. Falret, qui a pris le premier la parole, est venu donner la consécration de sa grande expérience à la doctrine dont je suis le défenseur. S'il a formulé quelques réserves sur divers points de détails, il n'en a pas moins reconnu comme légitime l'existence d'une vésanie spéciale dénommée : délire chronique. Mais il craint de voir englober dans le délire chronique une forme d'aliénation mentale à laquelle il accorde, à juste titre, une existence indépendante : la *mélancolie anxieuse*. Je puis dire qu'il n'est nullement question d'attribuer au délire chronique ce qui ne saurait lui appartenir. Que M. Falret se rassure donc sur ce point.

En résumé, les quelques objections ou réserves formulées par M. Falret ne visent que des points secondaires; l'accord est complet sur le fond même de la thèse, qui consiste à soutenir qu'il y a lieu de distinguer une vésanie ou psychose à marche progressive et chronique dont les périodes successives sont une phase d'inquiétude, suivie d'une phase d'idées de persécutions, puis d'idées ambitieuses, pour aboutir à la démence.

Il en est autrement des critiques de M. Dagonet. A ne considérer que les arguments dont il s'est servi pour nous combattre, je ne suis pas assuré d'avoir été assez heureux pour me faire bien comprendre. Pour légitimer son opposition, mon savant contradicteur nous cite des exemples de persécutés qui ont guéri sans devenir jamais ambitieux. Qu'il me permette de ne pas être ébranlé par des exemples qui, seraient-ils indiscutables en eux-mêmes, ne suffiraient pas à faire méconnaître l'évolution du délire chronique observée dans des milliers de cas. Tout au plus pourraient-ils être envisagés comme ces très rares exceptions que comporte toute règle. Mais, au surplus, rien ne démontre que ces délirants persécutés échapperont à la loi de l'évolution classique. Le temps seul a pu leur manquer encore. Comme j'ai eu soin de noter que le délire des grandeurs n'apparaît parfois chez le persécuté qu'après dix, vingt, trente ans même, je suis bien à mon aise pour répondre à M. Dagonet qu'il faut attendre avant de se prononcer sur ses malades.

L'objection qu'il m'a encore adressée au sujet de la distinction établie entre certains persécutés persécuteurs à ranger parmi les dégénérés héréditaires et les persécutés vrais n'a pas, je crois, l'importance qu'il y attache. Il affirme que je me suis chargé, par là même de démontrer le peu de fondement de la doctrine du délire chronique. Où M. Dagonet voit-il une contradiction? Il ne

suffit pas, en effet, qu'un aliéné ait des idées de persécution pour appartenir au groupe des délirants persécutés dont nous nous occupons, il faut encore que ces idées se développent d'une certaine façon, qu'elles soient soumises à une incubation lente, et qu'elles suivent une marche, une coordination et une systématisation spéciales. Mais quand cette évolution est réalisée, c'est bien au délire des persécutions que l'on a affaire.

Quant au terme de *Mégalomanie*, je n'ai point eu à en blâmer l'emploi. Je me suis borné à faire remarquer que, par cette expression, il ne fallait pas prétendre désigner une unité clinique là où il n'y a qu'une phase déterminée d'une vésânie chronique impliquant nécessairement comme période antécédente le délire des persécutions.

Dénommer par un terme unique suffisamment clair cette succession d'états psychopathiques reliés entre eux d'une façon si étroite, ce n'est pas se mettre en désaccord avec les principes d'une saine clinique; c'est simplement consacrer le fait capital de cette évolution, c'est forcer l'attention à se porter sur le caractère essentiel de cette maladie mentale, à savoir sa marche systématiquement progressive par stades invariablement les mêmes.

M. Dagonet n'a pas manqué de critiquer l'expression « *délire chronique* » employée par M. Magnan et ses élèves pour désigner ce long processus délirant. Mais comme il se refuse déjà à reconnaître le fait même de cette évolution, son opposition ressemble trop, sur ce point, à une prévention.

Si, au contraire, il consentait à nous donner son adhésion sur le fond même de la question, ce dont il ne faut pas désespérer, je pense que peut-être nous arriverions, avec son utile concours, à trouver un terme s'adaptant mieux encore à la chose que nous voulons spécifier. Mais il est bien évident que la choix d'une étiquette suppose un accord préalable sur la réalité même de la forme de la maladie mentale qu'il s'agirait de dénommer. Un tel résultat serait, à coup sûr, la meilleure démonstration de l'utilité de cette discussion.

M. Falret. M. Garnier me fait accepter que les délirants chroniques arrivent à la démence. Je ne le pense pas; je crois, au contraire, que la démence proprement dite est assez rare chez ces malades, qui, malgré l'intensté de leur délire, conservent longtemps une assez grande activité intellectuelle.

M. Dagonet ne veut faire qu'une courte réponse : Le délire des persécutions constitue à lui seul une entité morbide distincte, toujours identique à elle-même, qui ne passe jamais par les phases décrites dans le délire chronique. Plusieurs persécutés guérissent, d'autres restent persécutés pendant toute leur vie sans arriver au délire ambitieux; en outre, la mélagamonie peut se manifester

d'emblée, avec les caractères qui lui sont propres, après un état mélancolique vague, avec peu d'idées de persécution. Enfin, je ne vois que très rarement la démence survenir à moins que l'on n'appelle ainsi un certain affaiblissement intellectuel dans lequel nous tomberons tous plus ou moins un jour ou l'autre.

M. Garnier. Assurément la démence ou délire chronique n'est pas ce qu'elle est dans certaines autres formes mentales; elle est loin d'être aussi accusée que les démences organiques, elle se manifeste surtout par un état d'incohérence. M. Dagonet nous dit que le délire des persécutions peut guérir quelquefois; cela est vrai, mais M. Magnan nous a aussi cité des délirants chroniques qui ont guéri à la période des persécutions.

M. Pichon lit deux observations de *persécutés héréditaires* devenus à leur tour persécuteurs.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

Séance du 15 décembre 1885 [1].

M. Lœhr, *senior*, ouvre la séance par des paroles de bienvenue. Il mentionne la mort de MM. Eckelmann et Grunewald.

Il annonce qu'en ce qui concerne la recherche des cas dans lesquels on a fait usage de la latitude légale en faisant transférer dans un asile public les prévenus dont l'état mental nécessitait un examen pouvant être prolongé pendant six semaines, M. le ministre de la médecine a transmis les vœux de la Société [2] au ministre de la justice.

M. R. Schrœter. *Des psychoses consécutives à un traumatisme grave du crâne.* — Nouvelle observation [3]. Un homme, âgé de cinquante-trois ans à l'époque de son admission à l'asile d'Eichberg où il a été observé depuis 1864, c'est-à-dire pendant vingt ans, n'est entaché d'aucune tare héréditaire: son développement a été normal depuis sa naissance jusqu'à l'âge de quinze ans. C'est en 1846 ou 1848 qu'il reçut sur la tête en travaillant dans une ardoisière une lourde planche qui, tombant perpendiculairement d'une assez grande hauteur, lui heurta le crâne par son angle

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*, t. XII, p. 249.
[2] *Id.*, t. XII, p. 257.
[3] *Id.*, t. XI, p. 28'.

sign. Consécutivement accidents graves, élimination d'esquilles, stigmates sous forme d'une dépression profonde de la région postéro-supérieure du frontal, mais peu de chose au point de vue mental; il est un peu autre qu'auparavant, moins actif au travail mais non aliéné. A l'âge de vingt ans, il part à l'étranger comme mineur où pendant plus de dix ans il mène une vie irrégulière, dépensant avec des filles de joie sans souci du lendemain; il aurait finalement été incarcéré en Pologne soi-disant à cause de chicanes avec son patron. De retour dans sa patrie, il se néglige, ne travaille plus, s'amuse à dessiner des figures, détourne ses compagnons de leurs occupations, grimace. A la fin d'avril 1864, gestes désordonnés dans la rue, gesticulations vives, loquacité, incohérence, tête brûlante, palpitations de cœur, constipation, insomnie; il parle constamment de Dieu, du diable, d'or: aucune suite dans les idées, mange beaucoup et maigrit néanmoins. Idées de persécution multiples; conceptions hypochondriaques; il se plaint que sa tête est couverte d'une graisse gluante; hallucination de l'ouïe et de la vue; on lui broie les testicules la nuit. Puis un certain degré d'affaiblissement intellectuel se manifeste. Cependant, dès 1880, amélioration manifeste à tous égards; en mai, fièvre typhoïde compliquée de bronchiopneumonie, à convalescence longue. Enfin parfait état de santé physique et psychique. Il n'a jamais présenté de vertiges, de lipothymies, de convulsions. *Conclusion*. Traumatisme grave de la calotte crânienne ayant laissé après lui une cicatrice déformante : la dépression de 1 cent. de profondeur commence à 9 cent. 3 de la racine du nez et présente la forme d'un triangle arrondi d'une longueur et d'une largeur de 3 cent. 3, duquel partent 3 rayons cicatriciels s'étendant à droite sur une étendue de 2 cent., à gauche sur une étendue de 3 cent., en arrière sur une étendue de 2 cent. 3. Elle commence donc exactement au milieu de la suture sagittale, occupe l'extrémité supérieure du pariétal gauche et empiète sur la racine de la première circonvolution frontale gauche. Peu de temps après l'accident, un peu de faiblesse intellectuelle, portant sur le sens moral, puis idées délirantes pendant un an et désordre dans les idées avec affaiblissement des facultés. Mais tous ces accidents, loin de progresser, se dissipent, si bien qu'il possède plus de bon sens et de discipline qu'il n'en avait avant.

Discussion : M. Jastrowitz. Ce cas est une variété qui ne comporte aucune indication à la trépanation.

M. Falk. On impute aux blessures des troubles psychiques, alors que souvent les malades étaient aliénés avant l'accident.

M. Schrœter. Sans doute les cas que j'ai cités ne sont pas des cas de psychose traumatique classique. Sans doute, au regard d'un grand nombre de traumatismes crâniens graves, il est rare

d'observer des troubles psychiques véritablement consécutifs, mais enfin nos malades auraient été atteints par un traumatisme crânien ayant laissé des cicatrices notables. De cette particularité, je conclus à un certain rapport étiologique entre les lésions et les psychoses ultérieurement développées.

M. Jensen. *Présentation d'un moulage crânien pour localiser les lésions du crâne.* — L'auteur s'est préoccupé de rendre intelligiblement par le dessin des régions des hémisphères cérébraux très difficile à prendre, par exemple le lobe occipital où se réunissent une surface plane, une surface connexe, une surface légèrement concave. Cela ne peut être obtenu très nettement qu'à l'aide des dessins stéréoscopiques, mais, les photographies stéréoscopiques devant être elles-mêmes reportées sur pierre, M. Jensen s'est servi de l'appareil à dessiner de Lucæ, muni d'une seconde lame, inclinée de 7° sur la lame vitrée horizontale. Tout géométriques qu'ils fussent, les plans réduits et groupés par le pantographe matérialisaient d'une facon surprenante le cerveau reproduit. L'auteur fait passer un spécimen de cerveau de microcéphale. — Eh bien ! ne serait-il pas possible de représenter les rapports de l'encéphale et du crâne par ce procédé? Voici comment M. Jensen y est arrivé. Il moule le crâne avec du plâtre, en marquant les sutures avec des aiguilles, puis d'après le moule en plâtre ou l'encéphale durci, et, en se guidant sur les marques précédentes, il établit sur le moule crânien la bosse des sillons. En pratiquant des coupes à la scie sur le crâne en différents sens, on arrive alors, avec l'appareil de Lucæ, à reproduire d'abord le crâne, puis les parties encéphaliques sous-jacentes en des directions obliques et perpendiculaires, ce qui donne des dessins stéréoscopiques réduits d'un tiers. A l'aide du stéréoscope, on voit en quelque sorte l'encéphale renfermé dans un crâne transparent comme un globe de verre. Il devient possible, en marquant sur le crâne la perte de substance occasionnée par l'ablation du morceau broyé par le traumatisme, de localiser la lésion crânienne et par conséquent la surface correspondante de l'encéphale à laquelle cette lésion crânienne correspond exactement.

M. Benno. *Présentation d'une tumeur cérébelleuse.* — Il s'agit d'un malade de soixante et onze ans, mort dans le marasme, ayant été atteint de folie systématique hallucinatoire, qui fut séquestré pendant les vingt dernières années de sa vie. Hérédité psychopathique invétérée. A l'autopsie, on trouva une pachyméningite chronique interne, une faible collection séreuse dans les ventricules latéraux ; rien autre chose dans le cerveau. La face supérieure de l'hémisphère cérébelleux, la partie médiane du lobe quadrangulaire du côté gauche et les deux tiers postérieurs du vermis supérieur sont occupés par le segment d'une tumeur bosselée à la surface, d'un rouge brun foncé,

d'une consistance molle, du volume d'une châtaigne ayant sur les circonvolutions déterminées une légère impression; elle est enclavée dans la substance de l'hémisphère gauche et du vermis supérieur, s'en laisse énucléer sans peine et laisse après elle une excavation ronde à parois lisses, dont le bord supérieur tranchant envoie au-dessus de la tumeur quelques fragments nerveux filiformes; en arrière et au-dessous du néoplasme, existe un trousseau vasculaire, gros comme un tuyau de plume, qui peut être suivi à travers le sillon marginal postérieur jusqu'aux vaisseaux de l'arachnoïde, sur le planche du IVe ventricule. L'examen microscopique décèle un sarcome mélanique issu de l'arachnoïde. Rien pendant la vie du malade ne l'avait révélé et, quand on réfléchit après coup, on ne voit aucun symptôme clinique qui l'eût pu dénoncer. Il est vrai que le malade s'est alité quatre semaines avant la mort, mais certainement la tumeur datait d'une époque plus éloignée comme en témoigne l'usure graduelle, sans destruction brusque, de parties étendues de l'encéphale.

M. Jastrowitz. *Quelques mots sur la procédure actuelle relative à la provocation de l'interdiction ou tutelle.* — La procédure usitée d'après le nouveau Code civil de 1877 a bien des lacunes, et, d'après l'opinion publique, il n'assure pas à la liberté individuelle des garanties de préservation suffisantes. Les dénonciations ou déclarations notificatives adressées au procureur ne suffisent pas. Il faudrait un examen circonstancié des aliénés, une enquête spéciale. Généralement, à Berlin, ce sont les plus déments qui sont interdits, tandis que ceux qui auraient le plus besoin d'un examen sont laissés tranquilles si les parents n'interviennent pas. L'orateur en cite un exemple à l'appui.

Discussion : M. Zinn. C'est à tort que mon collègue incrimine la loi concernant la procédure dans la question de l'interdiction pour cause de maladie mentale. Il dit qu'un procureur a écarté la proposition d'interdire un aliéné séquestré dans un établissement privé, bien que cette interdiction fût, d'après l'avis de M. Jastrowitz, urgente dans l'intérêt du malade. Mais M. Jastrowitz n'avait qu'à se mettre en instance auprès du procureur général et, au besoin, auprès du ministre de la justice. Il le pouvait d'après le § 595. M. Jastrowitz pense en outre que la loi actuelle lie les mains aux directeurs des établissements publics ou privés, ou plutôt qu'ils sont avec elle plus mal à l'aise qu'avec l'ancienne procédure, parce que jadis ces honorables fonctionnaires ne pouvaient être accusés de séquestration illégale aussitôt qu'ils avaient fait la dénonciation prescrite devant le tribunal compétent, ou qu'ils avaient lancé publiquement pour ainsi dire la motion d'interdiction. Eh bien ! M. Jastrowitz commet une double erreur. La loi actuelle en effet ne touche en aucune façon au droit de la famille,

de la police de faire séquestrer un aliéné pour le guérir ou l'empêcher de nuire; on peut à cet égard procéder comme devant. Seulement en Prusse, toutes les dénonciations légales sur les admissions des malades, qui jadis devaient être faites devant les tribunaux d'après le décret ministériel du 6 décembre 1879, seront adressées non plus aux tribunaux, mais au procureur du ressort, auquel on doit également donner connaissance de l'incurabilité. Ces formalités dégagent le directeur vis-à-vis des autorités juridiques et légales et le préservent de toute accusation malveillante. — M. Jastrowitz se plaint enfin de ce qu'aujourd'hui le tribunal reste libre de n'entendre qu'un spécialiste au lieu de deux. Or le § 599 de la procédure qui nous occupe, dispose que « l'interdiction ne doit être prononcée avant que le tribunal ait entendu un ou plusieurs spécialistes sur l'état mental... », tandis que le § 368 du Code civil laisse au tribunal le choix des spécialistes et la détermination de leur nombre. Notez que la plupart des cas, 95 p. 100, sont des cas dont la solution est hors de doute; un spécialiste suffit donc et les dépenses s'en trouvent diminuées d'autant, ce qui n'est pas un mince avantage soit pour la caisse de l'interdit, soit pour les finances de l'État. Enfin, il faut bien supposer les juges consciencieux, compétents, éclairés.... En réalité, la loi nouvelle a donné satisfaction à tous les vœux, à toutes les idées des aliénistes allemands. Il y a eu unanimité à cet égard dans le congrès de Munich. Les jurisconsultes ont également, à l'unanimité, loué les dispositions actuelles. L'étude sans prévention, sans parti pris de cette loi, aboutira au même résultat. Voy. sur ce sujet : *Das Entmündigungsverfahren gegen Geisteskranke*, par Daude. Berlin, 1882. — *Commentaires sur le Code civil* de Petersen, Seuffert, Struckmann, Koch.

M. Schrœter. En ce qui concerne les aliénés de l'asile d'Eichberg en Rheingau, dans ces dernières années, on a interdit plusieurs malades; le tribunal s'est contenté d'un seul rapport médical de moi. Il n'y a pas eu de formalités orales.

M. Jastrowitz. Je n'ai pas dit que le procureur ait rejeté ma motion d'interdiction concernant l'aliéné dont j'ai parlé. Je n'ai fait aucune proposition semblable, n'ayant aucun titre, aucune autorisation *ad hoc*. Les plus proches parents n'y auraient pas consenti. J'ai simplement insisté auprès du procureur, sur l'intérêt public en jeu dans l'espèce, parce que les journaux s'étaient déjà emparés de l'affaire. Je ne puis que m'en tenir à l'opinion que je vais exprimer. L'ancienne manière de faire me permettait, pour tout aliéné sans exception, de provoquer au moins une instruction relative à l'interdiction, elle offrait aux yeux des profanes, comme aux yeux des spécialistes, plus de garantie pour la liberté individuelle que la procédure d'aujourd'hui, d'après laquelle l'affaire

entière demeure entre les mains du procureur. Mais, au fond, c'est bien l'avis de M. Zinn, puisqu'il dit que j'aurais dû insister par la voie de l'instance auprès du procureur général. Il n'y avait, dans le cas particulier, aucun intérêt pécuniaire, mais l'opinion publique était émue. Sans doute les lois ne sauraient être parfaites. Mais remettre à l'Etat l'autorité juridique quand il n'exerce aucune surveillance, c'est exagéré. A quoi bon les dénonciations au procureur? Il en prend acte et ses successeurs retrouvent des notifications dont ils ignorent la teneur, ce qui n'est pas fait d'ailleurs pour éviter de surcharger les finances de dépenses inutiles. Et qu'importe au surplus si je réclame une procédure plus onéreuse, quand elle sauvegarde la liberté individuelle. Quant à la nécessité de deux médecins spécialistes, elle est rationnelle, nos juges ne s'entendant pas toujours à choisir de médecins réellement compétents. Qui ne se rappelle de grossières erreurs? Comment? Mais M. Schrœter ne vient-il pas de nous dire qu'on a interdit sur un rapport écrit sans l'avoir entendu verbalement.

M. Guttstadt. *Contribution à la statistique internationale des aliénés.* — Il s'agit du congrès de phréniatrie et de neuropathologie d'Anvers, tenu du 7 au 9 septembre 1885, et du rapport de M. Lefebvre, de Louvain, qui propose d'établir le nombre des aliénés, les causes de l'aliénation mentale en général, et, si possible, les formes des psychopathies, leur durée, leur proportion de guérison, d'incurabilité, de mortalité. Voici la classification qu'il propose : Idiotie — Crétinisme — Psychose paralytique — Démence — Folie toxique — Manie — Mélancolie — Folie circulaire. Une commission a été nommée qui se compose de Hack Tuke (Angleterre), Magnan (France), Benedikt (Autriche), Mierzejewski (Russie), Steenberg (Etats scandinaves), Ramaer (Hollande), A. Verga (Italie), Wille (Suisse), Cl. Bell (Etats-Unis), Sola (Amérique du Sud), Guttstadt (Allemagne). Après la peine que l'on s'est donnée en Allemagne pour aboutir à une statistique officielle, il ne paraît pas utile de modifier la classification obtenue. Mais l'importance d'une statistique internationale, quand ce ne serait que pour savoir si l'aliénation mentale s'accroît, la question des rapports entre le crime et la folie, etc., engageraient M. Guttstadt à prendre l'avis de la société. Faut-il soutenir envers et contre tous la terminologie allemande, sa classification, sa statistique?

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part MM. Lœhr sen., Falk, Wendt et Zinn, il est répondu oui à M. Guttstadt. (*Allgem. Zeitsch f. Psych.*, XLIII, 1 et 2.) P. Keraval.

SÉNAT

—

DISCUSSION DU PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS[1].

Séance du vendredi 27 novembre 1886.

M. LE PRÉSIDENT. L'ordre du jour appelle la suite de la 1re délibération sur le projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Nous sommes arrivés, messieurs, à la discussion des articles. Je donne lecture de l'article 1er :

« Art 1er. — Les établissements destinés à recevoir les aliénés sont de deux sortes : publics ou privés ; ils sont exclusivement consacrés au traitement de l'aliénation mentale.

« Les aliénés réputés incurables, les épileptiques, les idiots et les crétins peuvent être admis dans ces établissements tant qu'il n'a pas été pourvu à leur placement dans les colonies, dans des maisons de refuge ou autres établissements appropriés. L'État fera construire un ou plusieurs établissements spéciaux pour l'éducation des jeunes idiots ou crétins et pour le traitement des jeunes épileptiques. » — La parole est à M. le rapporteur.

M. THÉOPHILE ROUSSEL, *rapporteur*. Messieurs, à la dernière séance, pendant que j'étais à cette tribune, j'ai entendu quelques observations critiques parties de bancs voisins de la tribune, sur lesquelles je demande la permission de dire d'abord quelques mots.

Un de nos honorables collègues, à l'opinion duquel j'attache beaucoup de prix, M. Paris, a dit que, malgré les simplifications qui ont été apportées au texte du projet de loi soumis au Sénat, la loi est encore très chargée. J'ai entendu également l'honorable M. Buffet dire que ce projet de loi présente une réglementation excessive. Je désirerais vivement, messieurs, que ceux de nos honorables collègues qui ont fait ces observations voulussent bien rendre à la commission et à son rapporteur le service de les préciser et de leur indiquer quels sont les points sur lesquels porte surtout leur critique.

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*, p. 135.

Il s'agit d'une loi qui n'a rien de politique ; par conséquent, de quelque côté de l'Assemblée que puissent venir et les objections fondées et les observations utiles, les auteurs peuvent être assurés que la commission sera heureuse de les mettre à profit. Lorsque, à la fin de la même séance, le Sénat a passé à la discussion des articles, et au moment d'aborder l'examen de l'article 1er, j'ai prié le Sénat de remettre cet examen à la séance d'aujourd'hui, en le prévenant que cet article exigerait un certain nombre d'explications.

Je pensais, en disant cela, que la lecture des paragraphes de cet article, sans les explications détaillées dont ils sont l'objet dans le rapport, avait dû contribuer pour beaucoup à cette impression, exprimée par M. Paris, que le projet était très chargé. Cet article en effet contient d'assez nombreux détails, dont quelques-uns même, au premier aspect, peuvent sembler étrangers à la loi sur les aliénés. Je crois que le Sénat reconnaîtra, pour cet article comme pour tous les autres, que le texte de la commission ne contient aucune disposition qui ne se lie directement et intimement à la révision de la loi de 1838 et que si la loi est ou paraît être chargée, c'est parce que le sujet lui-même est très étendu et très complexe ; qu'il soulève des questions très diverses et multiples, les uns d'assistance ou d'administration, les autres de droit public ou privé, suivant qu'il s'agit de garantir la liberté individuelle ou la sûreté des personnes. La commission reste convaincue que sur ces questions si diverses elle n'appelle le Sénat à poser des règles dans la loi que lorsqu'il a été reconnu qu'elles ne peuvent pas être abandonnées à la réglementation administrative. Il suffit de jeter les yeux sur l'article 9 pour reconnaître quel champ considérable le projet de la commission laisse encore à la réglementation administrative.

J'arrive maintenant à l'examen de l'article 1er. Cet article est une addition faite à la loi de 1838 par le projet du Gouvernement. La loi de 1848 n'avait donné aucune définition des établissements d'aliénés. La préoccupation dominante du législateur, comme je l'ai rappelé dans la dernière séance, c'était de tirer les aliénés, d'une part, des cachots et, de l'autre, de l'abandon sur la voie publique.

Pour atteindre ce but, il a imposé aux départements l'obligation d'avoir des établissements spéciaux pour les recevoir et les soigner. Ce sont les termes mêmes de la loi. Il n'en a pas demandé davantage. C'était déjà rendre un immense service aux aliénés, si l'on tient compte de la situation qui leur était faite alors. La loi n'a donc pas défini l'asile d'aliénés, qui est une création de la science moderne.

Mais le Gouvernement, lorsqu'il a décidé de demander la révision de la loi de 1838, s'est trouvé dans une situation qui lui a

paru commander de mettre plus de précision dans la loi nouvelle. Il a cru devoir caractériser et définir l'asile d'aliénés, et placer en tête de la loi une disposition établissant que ces asiles « sont exclusivement consacrés aux maladies mentales ».

Pourquoi, messieurs, le projet du Gouvernement a-t-il donné place à cette innovation? Cela est bien facile à comprendre lorsqu'on compare la situation dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui avec celle des législateurs de 1838. Au point de vue du nombre des aliénés, la question qui nous occupe était bien loin d'avoir la gravité toujours croissante qu'elle a prise. On pourra juger par le rapprochement de quelques chiffres officiels.

Lorsque l'administration avait commencé à s'en occuper, sous un des ministres de la Restauration qui ont laissé les meilleurs souvenirs, M. Laisné, on comptait qu'il existait 8 à 9,000 aliénés, sur lesquels 4,500 environ étaient internés; et, au moment même des discussions des Chambres sur la loi que nous révisons, on ne comptait encore que 8,000 à 8,500 aliénés placés dans les établissements spéciaux ou mixtes alors existants. On craignait presque d'exagérer en admettant qu'il existait 15,000 aliénés dans la France entière. Nous avons dit à la dernière séance que l'on pouvait, sans crainte de beaucoup exagérer, admettre aujourd'hui que ce chiffre n'est pas éloigné de 100,000.

Quoi qu'il en soit, à l'époque où la loi a été faite, on admettait encore généralement que si chaque département devait se pourvoir d'un établissement spécial pour recevoir et soigner ses aliénés indigents, ce but serait assez facilement atteint avec un nombre d'établissements nouveaux relativement restreint.

On s'est longtemps arrêté à une pensée qui émanait d'un grand aliéniste, d'Esquirol, et à laquelle l'administration elle-même attachait la plus grande importance, à la pensée qu'un établissement d'aliénés de 500 à 600 malades suffirait par cour d'appel; on aurait eu ainsi une maison centrale d'aliénés, comme on a une maison centrale pénitentiaire.

Les faits n'ont que trop démontré combien était grande l'illusion à laquelle on se livrait à cette époque. Les statistiques officielles, depuis un assez grand nombre d'années, et non seulement en France, mais dans tous les pays qui nous entourent, malgré la création d'un grand nombre d'établissements spéciaux publics et privés, montrent qu'il y a un défaut de proportion entre les ressources offertes par ces établissements et les besoins de la population à laquelle ils sont destinés, et ils démontrent combien sont fondées les plaintes auxquelles donne lieu, à l'étranger, comme dans notre pays, l'encombrement croissant des asiles publics consacrés aux aliénés indigents.

Je n'examine pas les causes diverses auxquelles cet encombrement est dû. Je dois noter cependant que les termes de la loi

de 1838 ont exercé à cet égard une influence non douteuse, par un manque de précision et par l'amplitude même des dispositions qui ont permis d'ouvrir largement les portes des asiles non seulement aux aliénés proprement dits, mais aux idiots, aux imbéciles, aux crétins, en un mot à diverses catégories de malheureux qui sont admis comme aliénés, parce que leur état mental les rend plus ou moins impropres à la vie sociale.

Les plaintes à ce sujet sont déjà anciennes et chez un peuple voisin où l'on examine avec soin toutes les questions d'un véritable intérêt social, surtout lorsqu'elles offrent directement un avantage au point de vue économique, en Hollande, la loi est déjà arrivée à séparer les établissements en établissements de traitement, consacrés aux aliénés proprement dits qui sont susceptibles de guérison ou sont dangereux, et en établissements de refuge, où sont placés, à bien moindres frais, les incurables, les inoffensifs et d'autres catégories dont la garde n'exige pas les mêmes conditions de surveillance que les aliénés auxquels sont destinés les établissements de traitement. On a cru parvenir, et on est parvenu, à l'étranger, à l'aide de ces distinctions, à réaliser des économies notables.

Ce point de vue économique, messieurs, mérite certainement l'attention du Sénat, comme il paraît avoir fixé, en 1881, celle du Gouvernement qui a préparé le projet de loi. Il le mérite d'autant plus, que nous nous trouvons en face de ce mal toujours croissant de l'encombrement des asiles publics qui est en rapport avec la progression continue, indéniable, du nombre des aliénés.

Je ne veux pas entrer en ce moment dans l'examen de ce fait lui-même ni de ses causes. L'encombrement des asiles est dû sans doute lui-même à des causes diverses, notamment à la facilité de plus en plus grande qui s'offre pour le placement des aliénés; mais le fait indéniable, c'est que le mal s'accroît toujours et qu'il s'accroîtra tant que nous verrons s'accroître le rôle et l'influence croissants qu'exercent certains facteurs, d'origine plus ou moins récente, et en tête desquels je placerai l'alcool et les progrès de sa consommation au sein de nos populations urbaines et aussi de nos populations rurales.

Je sais qu'en ce moment il y a des écrivains qui soutiennent que le maximum de la consommation de l'alcool se rencontre chez les peuples les plus avancés en civilisation, et qu'on se livre à ce sujet à de vaines alarmes. Je voudrais mettre ces écrivains en présence des comptes-rendus qui sont publiés chaque année par les directeurs de nos asiles.

Ils y verraient quelle proportion toujours plus forte offre partout l'aliénation d'origine alcoolique; à Paris, par exemple, où l'on doit trouver place annuellement dans les asiles pour plus de 3,000 aliénés, la proportion des alcooliques, qui monte sans

cesse, est déjà d'environ 30 p. 100. Ce sont là les motifs, messieurs, qui ont dû décider le Gouvernement à placer en tête de son projet de loi la disposition dont j'ai donné lecture et à laquelle la commission du Sénat s'est ralliée. Seulement, en adoptant le paragraphe proposé par le Gouvernement, la commission a cru devoir en changer un des termes. Elle a trouvé qu'en déclarant que les établissements spéciaux seront consacrés « exclusivement aux maladies mentales », le Gouvernement s'était servi d'un terme beaucoup trop étendu. Il y a dans le monde beaucoup de cerveaux malades qui n'ont pas besoin d'être soumis à l'internement et pour lesquels les asiles ne sont pas faits ; elle a proposé en conséquence, et le Gouvernement l'a admis, de substituer à l'expression de maladies mentales l'expression plus précise d'aliénation mentale.

Je passe au paragraphe 2, dont les dispositions sont une suite et une conséquence obligée du paragraphe 1er. En effet, en posant le principe que l'asile public est exclusivement consacré au traitement de l'aliénation mentale, la loi nouvelle édicterait une prescription en vertu de laquelle on devrait immédiatement exclure des asiles tous les individus, tels que les malheureux en démence sénile, dont l'état n'est pas susceptible de traitement ; on devrait en exclure les idiots, les imbéciles, les crétins, les épileptiques, qui ne sont pas à proprement parler des aliénés, mais qui présentement n'ont pas d'autres refuges.

La disposition proposée au paragraphe 1er ne peut donc s'appliquer qu'à une situation et à un ordre de choses désirables ; mais elle n'est pas en harmonie avec l'état de choses actuellement existant. Les exclusions qui doivent résulter de son application ne sont pas immédiatement réalisables : elles exigent encore un certain temps et peut-être encore certaines études.

Il a paru en conséquence à la commission qu'il est nécessaire de décider, dans la loi, que les placements actuels dans les asiles publics seront maintenus et continueront à s'effectuer, conformément à la loi de 1838, jusqu'à ce que d'autres moyens aient été créés; c'est-à-dire de décider que les aliénés réputés incurables, les idiots, les crétins, les épileptiques, pourront être admis comme par le passé, tant qu'il n'aura pas été pourvu à leur placement dans des maisons de refuge, dans des colonies ou autres établissements appropriés.

M. Bardoux. Qu'appelez-vous des colonies?

M. le Rapporteur. Je vais le dire en aussi peu de mots que possible. Ce sont des établissements dont le type le plus ancien et le plus célèbre est la colonie de Gheel, dans la Campine d'Anvers. J'ai rendu compte, à la suite de mon rapport, de la visite que les délégués de la commission ont faite à cette colonie avec le

meilleur guide qu'ils pussent avoir, M. l'inspecteur général Foville. J'ai dit que nous en étions revenus avec cette pensée, que Gheel est une grande œuvre, mais que c'est surtout l'œuvre du temps et de conditions exceptionnelles qui en rendent l'imitation sinon impossible, du moins très difficile ailleurs et en particulier dans notre pays.

Gheel est un lieu de pèlerinage antique, de pèlerinage religieux, comme il en a existé dans certaines de nos contrées, où existent encore de ces cabanons annexés aux églises, pour lesquels, dans la dernière séance, M. de Gavardie exprimait son admiration et ses regrets. Il y a, à Gheel, dans une fort belle et curieuse église, le tombeau d'une vierge irlandaise, sainte Dymphne, à laquelle la foi des populations attribuait le privilège de guérir la folie. Les aliénés y accouraient; à leur arrivée, on les enfermait dans les réduits obscurs construits dans l'église même; ils y restaient pendant une neuvaine consacrée à des prières et à des exorcismes destinés à chasser le démon. L'aliéné guéri au bout de la semaine rentrait dans son pays. Celui qui n'était pas guéri sortait du cabanon; mais presque toujours il prolongeait son séjour pour prier encore et implorer sa guérison, et il trouvait pour cela chez les paysans de Gheel une hospitalité qui, dès le moyen âge, est devenue la grande, si ce n'est l'unique industrie de ce pays, l'un des plus pauvres de la Belgique.

Au commencement de ce siècle et pendant le premier Empire, Gheel était ainsi arrivé à compter de 400 à 500 aliénés dispersés dans les hameaux de cette vaste commune chez les paysans, appelés hôtes ou nourriciers, qui, tous, avaient, comme ils l'ont encore, une ou plusieurs chambrettes présentant des dispositions particulières et spécialement affectées à leurs pensionnaires aliénés.

Aujourd'hui, par suite de l'encombrement des asiles belges, le chiffre des pensionnaires de Gheel est arrivé à dépasser 1,600, qui viennent de toutes les parties du royaume et même de l'étranger. J'ai déjà dit à la dernière séance que nous y avons vu des Français appartenant à des familles très notables de notre pays.

Mais je dois ajouter que, par suite du régime nouveau auquel les aliénés sont soumis en Belgique depuis la loi de 1850, qui a été une imitation, sur beaucoup de points, de notre loi de 1838, Gheel a subi une grande transformation : au traitement religieux a succédé, pour une partie des malades au moins, un traitement médical, avec un régime de surveillance imparfait encore et une intervention de l'autorité publique qui étaient inconnus précédemment.

Au centre de la localité principale a été construit un véritable asile où tous les malades arrivants sont reçus, et dès qu'il a été constaté qu'ils peuvent être confiés aux nourriciers qui ont des

locaux disponibles pour les recevoir, ils quittent cet établissement d'admission et vont partager l'existence du paysan qui les reçoit en pension.

Je ne pourrais pas dire que ce système de placement ne donne pas lieu à des accidents, qu'il ne prête pas encore à quelques-unes des critiques qui ont été faites. Je me borne à dire qu'il a l'avantage d'être très économique. L'aliéné qu'on appelle propre (celui qui n'est pas gâteux) payait, au moment de notre visite, environ 80 centimes. Aussi la Belgique, non contente d'entasser des aliénés à Gheel, vient-elle de créer sur le modèle du nouveau Gheel une autre colonie d'aliénés dans la province de Liège, et, d'après des notes que j'ai reçues l'année dernière de M. l'inspecteur général du royaume, M. Oudart, cet établissement nouveau fonctionne d'une manière satisfaisante. Tel est, messieurs, le premier type de ces colonies, dans lesquelles on nous a dit souvent, en Belgique et ailleurs, que se trouve l'avenir du service des aliénés.

Le type de Gheel a été considérablement modifié et, on peut dire, amélioré dans différents pays. Le principe de ces colonies nouvelles, dont l'Allemagne offre des spécimens variés et remarquables par les résultats économiques, c'est de remplacer l'asile fermé par des asiles ouverts, des maisons rurales, des cottages avec de l'espace, des moyens de travail pour tous les aliénés qui sont propres au travail et qui n'exigent pas une surveillance coûteuse.

Il y a dans la province prussienne de Saxe, à Altscherbitz, et dans la Saxe royale, à Tschadrass, des établissements dignes d'être imités ou tout au moins étudiés dans leurs résultats autant que dans les procédés employés pour les obtenir. En général, ces colonies nouvelles sont à proximité et comme une dépendance d'un asile-ferme qui reçoit, en cas de besoin, les malades de la colonie.

L'Ecosse nous a offert un autre type des plus remarquables par ses résultats, qui nous ont parus dus non seulement au bon choix du terrain sur lequel s'applique le système qu'on appelle système familial écossais, mais encore, et surtout, aux soins qui ont présidé à son organisation et à la surveillance attentive dont il est l'objet de la part des deux hommes auxquels est principalement due cette création. MM. Arthur Mitchel et M. John Sibbald, *commissionners in Lunacy*, à Edimbourg.

Je demande pardon au Sénat d'avoir répondu par une explication aussi longue à la question de M. Bardoux, mais j'ai cru nécessaire d'appeler sur les colonies d'aliénés à l'étranger, l'attention de notre pays, parce qu'il y a là, au point de vue de l'humanité comme au point de vue financier, une question dont l'étude pratique s'imposera désormais plus impérieusement lorsque les dispositions de la nouvelle loi auront été adoptées.

J'arrive au troisième paragraphe de l'article 1er, qui est ainsi conçu : « L'Etat fera construire un ou plusieurs établissements spéciaux pour l'éducation des jeunes idiots ou crétins, et pour le traitement des jeunes épileptiques ».

M. de Gavardie. Vous aurez fort à faire, si vous voulez charger l'Etat de faire tout cela.

M. le Rapporteur. Non, monsieur de Gavardie. Vous reconnaîtrez tout à l'heure que la charge que nous proposons de confier à l'Etat ne sera pas lourde pour lui. Messieurs, depuis que l'abbé de l'Epée et, après lui, des bienfaiteurs de l'humanité dont je n'ai pas besoin de rappeler les noms, ont démontré que par des moyens spéciaux d'éducation on pouvait arriver à faire entrer le sourd-muet dans la vie de relations, à le faire parler même, et que, par d'autres moyens d'éducation non moins ingénieux on arriverait sinon à rendre la vue à l'aveugle, au moins à le consoler de sa perte, le Gouvernement français, l'Etat, a cru remplir un devoir qui lui incombait en créant des établissements modèles propres à développer encore et à multiplier les fruits de ces admirables découvertes.

Ce qu'on peut obtenir, ce que l'on obtient déjà, au moyen d'une éducation spéciale de l'idiot et du crétin, n'est assurément pas moins remarquable et est autrement important, si l'on considère le nombre, les conditions d'existence des malheureux auxquels cette éducation pourrait s'appliquer, et surtout les conséquences sociales de l'abandon dont ils sont l'objet.

Quoique l'idiot et le crétin ne soient pas des aliénés proprement dits, je suis forcé d'en parler, messieurs, parce qu'ils ne sont guère jusqu'à cette heure, l'objet d'une autre assistance que l'aliéné, avec lequel ils sont presque toujours confondus. L'idiot est laissé partout en France à l'état de non-valeur sociale absolue, et il offre encore très souvent le plus pénible spectacle dans les conditions de la vie... (Bruit de conversations.)

M. le Président. Vos conversations particulières peuvent être intéressantes ; mais je vous affirme que si vous écoutiez l'orateur, vous entendriez des choses qui le sont bien autrement.

M. le Rapporteur. Il y a une quinzaine d'années un médecin trop oublié dans son pays natal, mais devenu célèbre à l'étranger, particulièrement en Amérique, où il est mort, le docteur Seguin, avait cherché à montrer que par une éducation spéciale on peut obtenir de l'organisation mal ébauchée de l'idiot des résultats considérables. Il cherchait à prouver que l'idiot, « ce pauvre de naissance », comme on l'a dit, qui n'a rien à perdre, pouvait avoir beaucoup ou tout au moins quelque chose à gagner. Il ne s'agit pas, bien entendu, de ce que j'appellerai l'idiot absolu, celui qui n'arrive pas même à proférer une parole ; mais il y a

beaucoup d'idiots qu'on peut appeler partiels, qui offrent les indices d'une faculté ; pour certains, celle de la musique ou celle du calcul, ou une certaine facilité d'application et d'aptitude au travail des mains. Le développement de ces organismes incomplets ne peut pas se faire par l'éducation ordinaire et en commun ; il faut une éducation spéciale.

Les principes posés par Seguin à cet égard ont fructifié dans la pratique, sinon dans son pays natal, où cependant l'administration de l'assistance publique à Paris, secondée par le conseil municipal, s'est mise à l'œuvre de la façon la plus louable, du moins à l'étranger, particulièrement en Amérique, et surtout en Angleterre. Je voudrais que ceux de nos collègues qui passent le détroit se donnassent la peine ou plutôt le plaisir de visiter non loin de Londres, dans le Surrey, sur la ligne de chemin de fer de Londres à Brighton, l'établissement de jeunes idiots d'Earlswood. Ils seraient frappés des résultats qui sont constatés chaque année dans une assemblée générale habituellement présidée par le chef de l'armée britannique, le duc de Cambridge.

Ces résultats ont été si frappants, que l'exemple d'Earlswood a été contagieux. Cinq comtés du nord de l'Angleterre ont fait ce que jamais n'ont pu faire en France nos départements pour former un groupe et créer en commun un asile d'aliénés.

Ces comtés ont créé un grand asile d'idiots, qui porte le nom de Royal-Albert Asylum, et là encore les résultats ont répondu à l'attente. Plus récemment encore, il a été créé dans le comté de Kent, à Darenth, un établissement d'éducation spéciale pour les jeunes idiots indigents, et les derniers comptes rendus qui sont venus en mes mains prouvent combien ces créations méritent non seulement d'être appelées de bonnes œuvres, mais sont utiles moralement et économiquement aux pays qui en sont dotés.

La commission a cru que le Gouvernement, l'État français, dans un pays où l'intérêt privé et l'esprit d'association ont besoin d'être réveillés, fera une œuvre bonne et des plus utiles en donnant l'exemple, en créant un type, comme il l'a fait pour les jeunes aveugles et les sourds et muets.

Il ne s'agit pas, en ce moment, de créer un ou plusieurs grands et coûteux établissements. L'État se trouve propriétaire, aux portes de Paris à Charenton, d'un grand asile d'aliénés. Est-ce trop demander qu'à proximité et comme dépendance de cet asile, il crée, dans des proportions modestes et qu'il déterminera lui-même suivant les circonstances et les ressources dont il pourra disposer, un établissement approprié à cette éducation destinée à transformer un certain nombre de jeunes idiots français, à leur donner une valeur morale et sociale qu'ils ne peuvent acquérir sans cela ?

J'ai nommé les crétins ; mais sur cette question, qui touche plus

particulièrement certaines parties de la France, je n'ajouterai rien en ce moment; je dois rappeler seulement qu'en 1860, un décret impérial a accordé une somme de 400,000 francs aux deux départements de la Savoie, non seulement pour solder les dettes de leur asile d'aliénés de Bassens, mais encore pour créer un établissement d'éducation de leurs jeunes crétins. Les départements devaient ajouter une somme de 100,000 francs pour cette œuvre. L'œuvre est encore à faire.

J'en viens, messieurs, aux jeunes épileptiques; cette question n'est assurément pas moins grave, comme question sociale et question économique, que celle des jeunes idiots. Je ne veux pas me laisser entraîner à la traiter avec les développements qu'elle comporte, bien que M. de Gavardie ait déclaré, l'autre jour, avec l'assentiment de l'Assemblée, que nous avons en ce moment le temps de discuter.

Je ne veux rien dire de la question médicale, qui est des plus ardues. Je me borne à constater que l'épileptique est un des malades dont le sort est le plus malheureux et le plus délaissé, au milieu de notre société qui le redoute, le repousse et ne lui a laissé d'autre refuge que l'asile des aliénés, dans les cas où les troubles de l'intelligence, presque inséparables d'ailleurs des attaques de son mal, sont assez marqués pour permettre de le confondre avec les aliénés.

Cette situation inhumaine, dangereuse, et dont on ne remarque pas assez toutes les conséquences funestes, ne saurait être maintenue plus longtemps dans un pays vraiment civilisé. On ne note pas assez le nombre des épileptiques dans nos prisons et sa proportion dans cette partie de la population qui tombe sous les coups de la justice. Sans parler des impulsions maladives irrésistibles qui trop souvent transforment l'épileptique en criminel, il faut tenir compte de la situation faite à l'épileptique indigent qui, son attaque passée, est renvoyé à l'hôpital et qui, s'il n'a la ressource de l'asile d'aliénés, repoussé de partout, ne trouvant nulle part un foyer qui s'ouvre ni du travail qui lui donne du pain, n'a pas d'autre refuge que la prison.

Dans la prison, même, comme dans l'asile d'aliénés, l'épileptique est l'objet d'une sorte de crainte qui fait prendre à son sujet des mesures particulières. Dans les asiles, il faut pour lui un quartier distinct et un redoublement de surveillance. Tandis que les aliénés vivent en quelque sorte seuls et isolés dans leur délire, qu'ils ne conspirent pas, les épileptiques, au contraire, sont redoutables par leurs complots et leurs mauvais desseins.

Dans les prisons on a soin de demander pour les plus dangereux une place dans le quartier des condamnés d'aliénés annexé a la maison centrale de Gaillon, et lorsque le Gouvernement a préparé le règlement de ce quartier, il y a inséré un article réglant l'ad-

mission des condamnés épileptiques à côté des condamnés devenus aliénés.

Lorsqu'on sait, messieurs, qu'une maladie qui se propage surtout par l'hérédité, qui toutefois, traitée convenablement dans le jeune âge, est dans une certaine mesure susceptible de guérison, il est difficile de s'expliquer autrement que par notre ignorance ou du moins par une trop grande inattention et une coupable négligence de nos intérêts sociaux, d'une part le manque d'organisation de l'hospitalisation des épileptiques indigents adultes et de l'autre le manque d'un établissement modèle approprié au traitement des jeunes épileptiques indigents.

J'espère que Bicêtre ne tardera pas à offrir un modèle de ce genre ; mais ne serait-il pas digne de la sollicitude de l'Etat pour un aussi grand intérêt public, de joindre à la création que la commission lui demande pour l'éducation des jeunes idiots indigents, celle d'un établissement pour le traitement des jeunes épileptiques indigents ?

Telles sont, messieurs, les explications que j'ai cru nécessaires pour faire admettre le dernier paragraphe de l'article 1er comme une conséquence et comme un complément indispensable des deux paragraphes précédents. Ces explications ont été forcément un peu longues, et j'en demande pardon au Sénat. (Très bien! très bien ! et applaudissements sur un grand nombre de bancs.)

M. Cazelles, *commissaire du Gouvernement*. Messieurs, des trois paragraphes de l'article 1er de la commission, le Gouvernement ne peut accepter que les deux premiers. Sur le premier, il n'y a pas de dissentiment possible. Le Gouvernement reconnaît parfaitement que les asiles doivent être réservés au traitement de l'aliénation mentale. On est bien obligé, en présence des circonstances, d'accepter le second paragraphe, puisque, dans les asiles actuels, il y a un grand nombre d'individus qui sont affectés de maladies mentales qui ne sont pas l'aliénation, d'infirmités mentales ou d'arrêt de développement des facultés mentales. Ces individus encombrent les asiles ; ils sont une cause d'embarras pour l'administration, une cause de gêne pour le traitement des véritables aliénés.

Le Gouvernement reconnaît qu'il serait utile de les séparer des aliénés et de les parquer dans des établissements spéciaux ; mais, en l'absence de ces établissements spéciaux, il reconnaît aussi l'obligation de les maintenir provisoirement dans les établissements actuels, qui s'appellent les asiles d'aliénés, ou dans les établissements privés.

M. de Gavardie. Il faudrait pour cela favoriser les asiles privés !

M. le Commissaire du Gouvernement. Mais sur le troisième paragraphe qui invite l'Etat ou qui lui fait obligation de construire un

ou plusieurs établissements spéciaux pour l'éducation des jeunes idiots ou crétins, pour le traitement des épileptiques, il y a tout d'abord une réserve à faire. La rédaction de la commission soulève, pour ainsi dire, d'une manière secondaire une grosse question : une question de droit administratif, celle de savoir à qui incombe l'obligation d'assister.

Nous comprendrions que l'obligation d'assister imposée à l'Etat, qui n'a pas encore pris place dans notre droit administratif, fût créée par une loi spéciale ; nous n'admettons guère que cette obligation s'introduise à propos d'une espèce, à propos de la création d'établissements dont l'utilité de la création immédiate n'est pas absolument démontrée jusqu'ici.

S'il est utile de séparer des autres aliénés les idiots, les crétins et les épileptiques, qui ne sont pas, à proprement parler, des malades atteints d'aliénation mentale, il me semble qu'ils peuvent être placés dans les établissements qui existent aujourd'hui. Ces malades sont, pour la plupart, des individus curables, des épileptiques, mais dont le traitement peut se faire en dehors des asiles. Il peut être créé des quartiers dans les établissements hospitaliers qui existent dans les grandes villes.

Les départements à qui incombe aujourd'hui l'obligation de l'assistance pourraient faire des traités avec les établissements. On satisferait ainsi au désir exprimé par la commission dans le premier paragraphe de l'article 1er, sans soulever la grosse question de savoir si l'obligation de l'assistance sera imposée à l'État. Cette question peut venir à l'occasion d'une loi générale. Je crois que ce principe gagne de jour en jour des adeptes, mais je ne pense pas aller à l'encontre du sentiment du Sénat en disant que ce n'est pas en ce moment-ci, et à l'occasion de l'article 1er, que nous pouvons l'introduire dans la loi. Tout en donnant l'assentiment du Gouvernement aux deux premiers paragraphes de l'article 1er, je dois faire connaître au Sénat son opposition à l'adoption du dernier paragraphe de l'article 1er.

M. Dupré, *président de la commission*. Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. Dupré.

M. Dupré, *président de la commission*. Messieurs, je demande la permission de dire un seul mot pour répondre à cette affirmation de M. le commissaire du Gouvernement qui a dit qu'il y a, aujourd'hui, dans divers établissements charitables de France, des quartiers spécialement destinés aux épileptiques. Ce fait n'est malheureusement pas exact. Nulle part, au moins à ma connaissance, dans aucune des villes de notre pays, sur aucun point de notre territoire, il n'existe des quartiers de cet ordre.

Quand ces malheureux épileptiques ne sont pas traités dans les hôpitaux ordinaires, ils sont placés dans les asiles d'aliénés et

absolument mêlés à ces derniers. Or, messieurs, il n'y a rien de plus dangereux ni de plus redoutable que ce rapprochement.

J'ai vu des faits dont je ne veux pas entretenir le Sénat en ce moment, mais qui m'obligent à déclarer que je ne donnerai mon assentiment à cette partie de notre second paragraphe, qui dit que les épileptiques peuvent être admis dans les établissements mentionnés dans le second paragraphe de l'article 1er qu'autant qu'ils y seront placés dans des quartiers absolument distincts et sans aucune communication avec le reste de l'établissement.

Par conséquent, ma pensée, en montant à la tribune, a été simplement d'affirmer, d'abord qu'il n'y a pas, en France, d'établissements spécialement destinés aux épileptiques, et d'en exprimer le plus profond regret; de dire, en second lieu, que si les épileptiques peuvent être provisoirement admis dans les établissements dont nous nous occupons, il est absolument nécessaire de les tenir séparés des autres malades avec la plus vive sollicitude. (Très bien ! très bien ! sur plusieurs bancs.)

M. de Gavardie. Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. de Gavardie.

M. de Gavardie. Messieurs, cet article 1er soulève des questions bien délicates. Je voudrais tâcher de faire toucher du doigt à l'honorable rapporteur, d'abord, et ensuite à M. le commissaire du Gouvernement, l'inconvénient de toucher à une législation existante quand elle a été éprouvée — les meilleurs esprits le reconnaissent — par une longue expérience. La loi de 1838 contenait purement et simplement la distinction entre les asiles publics et les asiles privés. Il n'y avait pas autre chose. Malgré mes préférences pour le projet du Gouvernement, je suis obligé de reconnaître qu'il est tombé dans le défaut que je reprochais à celui de la commission. L'article 1er ajoute à la loi de 1844...

Plusieurs voix. De 1838 !

M. de Gavardie. Pardon ! c'est la loi sur la chasse qui me revient à l'esprit. L'article 1er de votre projet de loi ajoute à la loi de 1838 cette disposition : « Ces établissements sont exclusivement consacrés au traitement de l'aliénation mentale ». Et d'abord, dans le projet du Gouvernement, on écarte une catégorie d'individus très dignes de pitié, dont on nous a parlé et dont il est absolument nécessaire de s'occuper. Sous ce rapport, je suis entièrement d'accord avec la commission. Mais où pourra-t-on traiter ces maladies spéciales, si dignes d'intérêt ? Dans les asiles publics ? Non, le Gouvernement le reconnaît lui-même ; et la commission dit — et cela nous engagera dans une série de dépenses incalculables — la commission dit : « L'État fera construire un ou plusieurs établissements » — un, ce serait insuffisant, c'est donc plusieurs qu'il faut dire — « un ou plusieurs établisse-

ments spéciaux pour l'éducation des jeunes idiots ou crétins, et pour le traitement des jeunes épileptiques ». C'est parfait! Mais vous ne le pouvez pas aujourd'hui, avec les ressources dont dispose l'État.

M. Delsol. Il n'y a pas de délai fixé ; c'est un principe posé par la commission, voilà tout.

M. de Gavardie. Peu importe ! la difficulté est toujours là ; elle est déterminée, elle ne peut pas être retardée. Quand vous voudrez mettre la main à l'œuvre, aurez-vous les ressources nécessaires ? Eh bién, la loi de 1838 permettait, en définitive, de concilier tous ces graves intérêts. Votre addition paralyse vos excellentes intentions.

Certes, jamais intentions ne furent meilleures que celles de l'honorable rapporteur ; c'est à la fois un bénédictin et un apôtre laïque. (Rires approbatifs sur un grand nombre de bancs.)

On ne peut pas apporter plus de dévouement qu'il ne l'a fait à cette œuvre considérable. Mais il tourne absolument — permettez-moi ce mot vulgaire — le dos au but. Si vous voulez que les établissements publics et privés soient exclusivement consacrés à la guérison des maladies mentales, vous arrivez à une impossibilité ; vous réduisez à l'impuissance la charité privée, qui est si féconde en France et qui pourvoyait à tout autrefois. On a une singulière manière d'écrire l'histoire aujourd'hui, sous l'empire de bien des passions et de bien des préoccupations. Oui, la charité privée pourvoyait à tout autrefois !

A gauche. Allons donc !

M. de Gavardie. Et avec les ressources plus grandes que la division de la fortune et les progrès de l'industrie et du commerce ont mis à la disposition de la charité privée, aujourd'hui vous pouvez arriver, si vous vous maintenez dans les termes de la loi de 1838, à soulager toutes les infortunes. Vous n'auriez qu'à donner quelques subventions — on peut dire jusqu'à un certain point insignifiantes — à cette charité privée, et elle pourvoirait à tout. Mais si vous lui imposez de faire construire désormais des asiles où on ne pourra recevoir que des aliénés, vous la désarmez immédiatement ; car, heureusement, il n'y a pas assez d'aliénés en France pour pouvoir alimenter les asiles privés et les asiles publics en même temps.

M. Delsol. C'est une erreur; il y a la moitié des aliénés qui ne sont dans aucun asile ; cela représente un chiffre de cinquante mille aliénés.

M. de Gavardie. Nous reviendrons sur ce sujet des aliénés qui ne sont pas dans les asiles.

Aujourd'hui, d'après les médecins aliénistes, qui sont quelque-

fois eux-mêmes un peu aliénés... — (Rires) — vous comprenez ce que je veux dire : les médecins aliénistes voient des aliénés partout. Il y a beaucoup d'aliénés qui ne sont pas dans les asiles ; mais, même avec votre loi, vous ne les y ferez pas entrer, car cela occasionnerait une dépense que l'Etat ne pourrait pas supporter.

Par conséquent, vous serez toujours obligés de laisser un grand nombre d'aliénés — à supposer qu'il s'agisse de véritables aliénés — hors des asiles. Mais qu'importe si ces aliénés ne troublent pas, comme vous le dites dans votre rapport, l'ordre public et la décence publique ! Qu'importe qu'il y ait au milieu de la société certains hommes dont la vue a quelquefois sur les gens qui se prétendent pourvus de la raison la plus éclairée, une certaine bonne influence à certains bons moments de la vie ? (Sourires.)

Eh bien ! je dis que vous empêchez la charité privée de faire son œuvre en consacrant les asiles existants et ceux qui peuvent se fonder, au traitement des maladies mentales seules. Il faut laisser la porte de la charité ouverte à deux battants, comme elle l'était autrefois ; il faut laisser agir en pleine liberté les personnes généreuses, et tout, en définitive, se passera avec ordre à la satisfaction de la véritable opinion publique.

Ce traitement religieux, dont l'honorable rapporteur parlait peut-être un peu légèrement tout à l'heure, ce traitement par excellence, n'en déplaise à MM. les médecins aliénistes, ce n'est que dans les asiles privés qu'on peut l'appliquer aujourd'hui. Le premier des traitements est le traitement religieux. (Exclamations à gauche.)

Messieurs, cela n'empêche pas — je vous ai cité à l'une des dernières séances un exemple célèbre, — cela n'empêche pas de pratiquer les autres traitements, mais permettez à la religion d'entrer dans ces asiles. Or, par suite des malheureuses idées courantes, vous ne pouvez pas la faire entrer dans vos asiles publics; Laissez-la faire son œuvre de miséricorde, de mansuétude et de guérison morale dans les asiles où elle est aujourd'hui reçue et où l'on arrive à des résultats que les libres penseurs ne connaissent pas et qu'ils ne peuvent pas comprendre.

Tenez, il m'est venu un souvenir pendant les développements, intéressants du reste, auxquels se livrait notre honorable rapporteur. Il n'y a pas bien longtemps, les ambassadeurs marocains étaient à Paris. Ils passaient devant cet édifice qui était l'église de cette femme illustre, simple bergère, qui avait sauvé la France un jour; ils passaient devant ce monument et demandaient ce que c'était. On leur répondit : « C'est aujourd'hui un temple où l'on prie, mais demain ce sera autre chose ». Un des ambassadeurs marocains... — il faut que M. le Président me donne un peu de liberté pour répéter ce que dit l'ambassadeur marocain.

M. LE PRÉSIDENT. Vous pouvez le répéter sous votre responsabilité.

M. DE GAVARDIE. Enfin, avec la permission de M. le Président (sourires), l'ambassadeur marocain dit : « Les gens qui ne prient pas sont des polissons ». (Hilarité prolongée.)

Messieurs, je vous supplie de rester dans les termes de la loi de 1838; elle vous donnait le moyen de soulager toutes les misères; n'y touchez pas, du moins dans cet article.

M. LE PRÉSIDENT. Quelqu'un demande-t-il encore la parole?...

M. TESTELIN. Je la demande, Monsieur le Président.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Testelin.

M. TESTELIN. Messieurs, je n'ai que quelques courtes observations à présenter pour répondre à M. le commissaire du Gouvernement.

Je suis étonné qu'après avoir admis les deux premiers paragraphes de l'article 1er, il se refuse, au nom du Gouvernement, à accepter le troisième paragraphe. Quel est, en effet, l'état de la question? On reconnaît que les asiles d'aliénés doivent servir à traiter ceux qui sont atteints d'aliénation mentale; on reconnaît également que, malheureusement, il y a des maladies incurables, des épileptiques, des idiots et des crétins qui figurent en très grand nombre dans ces asiles et qui font obstacle au traitement des malades curables, et l'on admet qu'ils y resteront en attendant.

Il y avait là un inconvénient considérable; la commission y a paré en disant : « On fera des asiles pour les incurables, épileptiques, idiots et crétins ». Mais M. Cazelles voit là l'introduction d'un grand principe.

Je ne connais pas, pour ma part, ce grand principe; je ne l'ai pas saisi. Je demande seulement à M. le commissaire du Gouvernement s'il se contenterait de remplacer les mots « fera construire » par les mots « pourra faire construire ».

C'est, au bout du compte, un vœu qu'émet la commission; ce n'est pas une obligation immédiate qu'elle impose au Gouvernement. Il est d'autant plus important de faire construire des asiles spéciaux pour les épileptiques qu'outre tout ce qu'on a dit des dangers qu'ils présentent, il y en a un qu'on n'a pas signalé : rien n'est plus funeste pour les jeunes enfants que de voir un épileptique pris d'un accès dans la rue.

Je pourrais citer un auteur qui, dans sa statistique, faisait figurer pour un dixième le nombre des enfants devenus épileptiques pour avoir vu des accès d'épilepsie. Ces considérations, messieurs, sont d'une importance des plus considérables. Ou il ne faut rien faire sur l'aliénation mentale, ou il faut faire tout ce qui est nécessaire pour la prévenir et pour l'empêcher de se propager.

Le troisième paragraphe me paraît absolument indispensable. Je demande au Gouvernement s'il l'accepterait plus facilement avec la substitution du mot « pourra faire » au mot « fera ».

M. MILHET-FONTARABIE. C'est un pouvoir que n'a pas le Gouvernement.

M. SARRIEN, *ministre de l'intérieur*. Messieurs, l'honorable M. Testelin me semble avoir mal compris la portée des paroles qui ont été prononcées par M. le commissaire du Gouvernement. Nous ne croyons pas que le vœu émis par la commission dans le paragraphe 3 — le mot « vœu » en effet qualifie bien exactement la rédaction de ce paragraphe — nous ne croyons pas, dis-je, que ce vœu soit mauvais et qu'il puisse rencontrer la moindre opposition, mais nous pensons qu'il n'est pas bon d'inscrire des vœux dans une loi. La loi ne doit contenir que des prescriptions impératives dont l'exécution s'impose à tous. (Marques d'approbation.)

Or, un vœu peut être exécuté ou non, réalisé ou non, et dès lors sa place n'est pas dans la loi. (Très bien! très bien!) Voilà ma première objection contre le paragraphe 3 de l'article 1er. La seconde est celle-ci : Jusqu'à ce jour, la dépense des aliénés a été à la charge des départements et des communes; or, si vous adoptez ce troisième paragraphe tel qu'il a été rédigé par la commission, vous aurez mis une partie de cette dépense à la charge de l'État. (Nouvelles marques d'approbation.)

Il nous a semblé qu'il ne fallait pas trancher une question aussi importante que celle-là, incidemment et sans l'examiner sous tous ses aspects. Telles sont, messieurs, les observations que je voulais soumettre à l'attention du Sénat. Ce paragraphe soulève une question de principe extrêmement grave. Si nous croyons avec votre commission qu'il serait désirable d'avoir des asiles spéciaux pour les idiots, les épileptiques, les aliénés incurables, nous pensons que la dépense des asiles doit rester à la charge des départements et des communes. Nous vous demandons de supprimer le paragraphe 3, pour les deux motifs que je viens d'indiquer. (Vive approbation.)

M. LE RAPPORTEUR. Si le Sénat estime que nous devons réserver ce paragraphe à cause des objections de principe que vient de soulever M. le ministre, la commission n'y voit pas d'inconvénient.

La question des dépenses à laquelle M. le ministre vient de toucher est, d'ailleurs, une question qu'il faudra bien traiter au cours de la discussion. Nous aurons à examiner alors, au point de vue même des principes, si notre pays, surtout sous le régime de la loi nouvelle qui doit rétablir le contrôle de l'État sur le service des aliénés, si la France peut continuer à présenter cette

exception, cette anomalie dont j'ai parlé dans la dernière séance, d'un Etat qui exerce un contrôle sérieux sur un grand service public sans avoir à son budget aucun crédit affecté à ce service. Par ce motif, messieurs, la commission ne demande pas mieux que de s'associer à la demande de M. le ministre, de réserver le troisième paragraphe de l'article 1er.

Au moment où la discussion viendra, le Sénat reconnaîtra qu'il ne s'agit pas de dépenses considérables et qui puissent engager la question du principe même de l'assistance des aliénés. Lorsque nous arriverons à l'article 40, où le Gouvernement a proposé la rédaction suivante, adoptée d'ailleurs par la commission : « L'Etat fera construire ou approprier un asile spécial ou plusieurs asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels », alors, messieurs, le Sénat se trouvera en présence d'une dépense d'une importance sérieuse; il n'en est pas de même de la dépense dont il s'agit en ce moment.

M. Buffet. Quel sera le montant de cette dépense ?

M. le Rapporteur. La commission laisse au Gouvernement le soin de déterminer, suivant les circonstances et suivant les ressources, l'importance qui doit être donnée aux deux établissements modèles dont elle propose la création.

M. Georges Martin. Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. Georges Martin.

M. Georges Martin. Messieurs, après ce qui vient d'être dit sur le troisième paragraphe de l'article 1er, je serai extrêmement court. La commission propose la rédaction suivante :

« L'Etat fera construire un ou plusieurs établissements spéciaux », etc., etc.

M. le ministre de l'intérieur est venu vous dire que le législateur aurait tort de grever le budget de l'Etat d'une charge nouvelle qui, jusqu'à ce jour, a été exclusivement une charge départementale et communale, et je suis absolument de l'avis de M. le ministre.

Il faut laisser dans l'avenir, comme dans le passé, les départements pourvoir à ces besoins spéciaux. M. Testelin a proposé une rédaction légèrement différente de celle de la commission, et ainsi conçue : « L'Etat pourra faire construire », au lieu de « fera construire ».

Je vois à cette rédaction l'inconvénient de maintenir l'intervention directe de l'Etat dans une dépense qui doit rester une charge départementale, avec aide de l'Etat, au moyen de subventions, le cas échéant. Je trouve en outre que cette rédaction transformerait un peu le Sénat, Corps législatif, en conseil général. Le Sénat n'a pas de vœux à émettre... (Marques d'approbation)... et la rédaction de notre honorable collègue est un véritable vœu. Le Sénat

a des lois à faire. Pour ces deux raisons, je ne crois pas que la rédaction de M. Testelin soit acceptable. Mais il me semble qu'il y a quelque chose de très désirable : c'est qu'on sépare les jeunes idiots ou crétins, aussi bien que les épileptiques, des autres malades soignés dans les asiles. Sur ce point, je suis absolument d'accord avec la commission. Il me semble qu'il est possible d'arriver à cette séparation, en modifiant légèrement la rédaction de la commission. On pourrait en même temps donner satisfaction à M. le ministre de l'intérieur et à un grand nombre de membres de cette Assemblée, à la majorité même, je crois, en adoptant la rédaction suivante que j'ai l'honneur de proposer, et dont je demande le renvoi à la commission pour qu'il soit statué lors de la seconde délibération :

« Les départements devront faire construire des établissements spéciaux ou des quartiers spéciaux dans les asiles existants... » la suite comme à l'article « ... pour l'éducation des jeunes idiots ou crétins et pour le traitement des jeunes épileptiques. » Sous cette forme, je crois que le troisième paragraphe pourrait être voté par le Sénat. (Nouvelles marques d'approbation.)

Je vois M. le ministre faire un signe d'assentiment. Je demande que ma rédaction soit examinée par la commission pour la seconde délibération.

M. le Président. Déposez votre amendement, monsieur Georges Martin. Le Sénat peut en être saisi immédiatement.

M. Georges Martin. Si le Sénat peut immédiatement être saisi de cet amendement, je vais vous le remettre, monsieur le président.

M. le Rapporteur. La commission demande le renvoi ; il est indispensable qu'elle examine la rédaction que propose M. Georges Martin.

M. le Président. La commission demande le renvoi.

M. Georges Martin. Je suis d'accord avec la commission.

M. le Président. L'amendement est renvoyé à la commission, qui fera son rapport. Le Sénat statuera. Je mets aux voix les deux paragraphes, qui ne soulèvent pas de discussion.

M. de Gavardie. Pardon, monsieur le président! je demande la suppression, dans le premier paragraphe, des mots : « Ils sont exclusivement réservés au traitement de l'aliénation mentale ».

M. le Président. Je mets aux voix le premier paragraphe en réservant ces mots : « Ils sont exclusivement consacrés au traitement de l'aliénation mentale », et j'en donne une nouvelle lecture : Art. 1er. — Les établissements destinés à recevoir les aliénés sont de deux sortes : publics ou privés... » (Cette première partie du paragraphe, mise aux voix, est adoptée.)

M. le Président. Je mets aux voix la seconde partie du paragraphe : « ... Ils sont exclusivement consacrés au traitement de l'aliénation mentale ». (Cette seconde partie, mise aux voix, est adoptée.)

M. le Président. Je mets aux voix l'ensemble du premier paragraphe. (Le premier paragraphe est adopté.)

M. le Président. Je donne lecture du deuxième paragraphe : « Les aliénés réputés incurables, les épileptiques, les idiots et les crétins peuvent être admis dans ces établissements tant qu'il n'a pas été pourvu à leur placement dans des colonies, dans des maisons de refuge ou autres établissements appropriés. » — (Adopté.)

M. le Président. Le troisième paragraphe est réservé, et l'amendement de M. Georges Martin est renvoyé à la commission.

Art. 2. — Les établissements publics comprenant les asiles proprement dits et les quartiers d'hospice spécialement affectés aux aliénés. « Ils sont placés sous la direction de l'autorité publique. Les établissements privés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique. » — (Adopté.)

« Art. 3. — Chaque département est tenu d'avoir un établissement public destiné à recevoir les aliénés ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou avec un établissement privé, soit de ce département, soit d'un autre département. Les établissements privés qui, en vertu de traités, reçoivent les aliénés d'un ou plusieurs départements, sont dénommés asiles privés faisant fonction d'asiles publics. Les traités passés par les départements avec un établissement public ou privé pour le traitement de leurs aliénés indigents doivent être approuvés par le ministre de l'intéreur. Deux ou plusieurs départements peuvent créer et entretenir à frais communs un asile public d'aliénés. Les conditions de leur association sont réglées par les délibérations des conseils généraux intéressés, conformément aux articles 89 et 90 de la loi du 10 août 1871. Il est statué par un décret rendu en conseil d'Etat sur le mode d'administration de l'établissement. »

M. le Président. Quelqu'un demande-t-il la parole sur l'article 3...?

M. de Gavardie, *de sa place*. Je demande une simple explication. Il est dit, à la fin de l'article 3 : « Il est statué par un décret rendu en conseil d'Etat sur le mode d'administration de l'établissement ». Cela s'applique-t-il à l'asile privé qui peut faire accidentellement fonction d'asile public?

Plusieurs sénateurs à gauche. Certainement!

M. de Gavardie. Est-ce qu'on pourra introduire ce règlement d'administration publique dans un établissement privé qui doit conserver toute sa liberté?

M. LE RAPPORTEUR, *de sa place*. L'article ne s'applique qu'aux établissements départementaux. Chaque département est tenu d'avoir un établissement public ; mais lorsqu'un établissement privé, par suite de contrats passés avec le département, sera devenu un établissement public, pour tout ce qui concerne le traitement des aliénés et la surveillance de l'asile, il sera placé dans les mêmes conditions qu'un établissement public. Cela a peut-être besoin de quelques explications, je pourrais les donner au Sénat...

M. LE PRÉSIDENT. Montez à la tribune, monsieur le rapporteur, vous avez la parole.

M. LE RAPPORTEUR, *à la tribune*. Le Gouvernement, dans son projet primitif, avait pris une mesure qui, au point de vue des aliénés pouvait être assurément considérée comme bonne; c'était d'exiger qu'à bref délai il n'y eût pour eux que des établissements publics. En réalité, cette mesure était d'une haute gravité.

Les asiles privés faisant fonction d'asiles publics, dont sinon la suppression, mais au moins la ruine était ainsi préparée, sont au nombre de 14 ; ils reçoivent plus de 11,000 aliénés indigents appartenant à une vingtaine de départements. Parmi ces asiles, beaucoup sont de très grands établissements ; et, quoique appartenant à des congrégations, ce sont aussi de beaux et bons établissements qui ont cessé, par suite d'améliorations plus ou moins récentes, de mériter les reproches dont ils ont pu être l'objet dans les rapports des inspecteurs généraux. L'administration le reconnaît, d'ailleurs, elle-même.

A côté de cette considération d'équité, d'autres considérations tirées de l'intérêt des départements que la mesure devait atteindre et même de l'intérêt bien compris des aliénés indigents de ces départements ont décidé la commission à prendre la défense de ces asiles et à demander le maintien aux départements de la faculté de passer des traités avec eux pour le placement de leurs aliénés indigents.

La commission a reconnu d'abord, et le Gouvernement a reconnu avec elle, que dans ce moment où de si lourdes charges pèsent sur les budgets départementaux, ce serait faire peser sur eux des charges tout à fait écrasantes pour plusieurs que de leur imposer l'obligation de créer un asile public départemental lorsqu'ils ont à leur portée le moyen d'entretenir d'une façon convenable et relativement économique leurs aliénés indigents.

Cette manière de voir acquérait beaucoup plus de force lorsqu'en examinant de très près le projet du gouvernement on s'assurait que la ressource que ce projet offrait aux départements de s'adresser à un « quartier d'hospice » à la place d'un établissement privé était de nature à empirer plutôt qu'à améliorer la condition des aliénés.

Les quartiers d'hospice spécialement affectés aux aliénés ne perdent jamais, quoi qu'on fasse, leur caractère originel. Ce sont les débris d'un ancien régime qui remonte à la création, sous Louis XIV, des hôpitaux généraux destinés, je ne dirai pas à la suppression, mais à la répression de la mendicité. La loi de 1838 trouva encore debout 24 de ces quartiers. Il en existe encore aujourd'hui 14, et malgré les améliorations apportées dans plusieurs d'entre eux, aucun ne réalisera jamais le type aujourd'hui obligatoire de l'asile d'aliénés tel que, depuis Pinel, la science et l'expérience moderne l'ont établi.

La série des rapports des inspecteurs généraux, lorsqu'il y avait des inspecteurs généraux des aliénés, ont établi que c'est dans ces établissements que l'organisation et le fonctionnement du service sont le plus défectueux et donnent lieu aux plaintes les plus sérieuses, en sorte que si l'intérêt des malades avait réclamé la disparition d'une catégorie d'établissements, c'est la catégorie des quartiers d'hospice et non celle des asiles privés faisant fonction d'asiles publics qui aurait dû disparaître.

Le Gouvernement a reconnu le bien-fondé de ces observations de la commission et a admis, avec elle, que le meilleur parti à prendre, dans l'intérêt des aliénés comme dans celui des finances départementales, c'était de mieux asseoir que par le passé sa surveillance et son contrôle sur les asiles privés qui, en vertu de traités avec les départements, font fonctions d'asiles publics.

Il a suffi, pour atteindre ce but, d'inscrire dans la loi, à titre définitif, les mesures que le Gouvernement lui-même avait proposées dans son projet, à titre provisoire, pour exercer la surveillance et le contrôle sur les établissements qui nous occupent, pendant le délai accordé aux départements pour le transfert de leurs aliénés dans un asile public ou un quartier d'hospice.

Je n'ai qu'un mot à dire sur le paragraphe 3, qui porte : « Les traités passés par les départements avec un établissement public ou privé pour le traitement de leurs aliénés indigents doivent être approuvés par le ministre de l'intérieur ». Ce passage est une reproduction textuelle de la loi de 1838. Il importe de noter que la disposition qu'il contient a été virtuellement abrogée d'abord par la loi du 18 juillet 1866 et, en outre, par celle du 10 août 1871.

Le Gouvernement et la commission ont dû demander le retablissement de cette disposition comme le seul moyen de mettre obstacle à des abus que l'expérience a révélés et d'exercer un contrôle reconnu indispensable. Voilà, messieurs, je crois, des explications suffisantes pour donner satisfaction à l'honorable M. de Gavardie et justifier la rédaction de la commission. (Très bien ! à gauche.)

M. Lacombe. Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. Lacombe.

M. Lacombe. Messieurs, les explications qui viennent d'être données par l'honorable rapporteur ne me paraissent pas répondre à la question spéciale qui a été posée par M. de Gavardie. Si je ne fais pas d'erreur sur la portée de cette question, je crois que, dans tous les cas, la question pouvait se poser en ces termes, — voici en quoi elle consiste : le dernier paragraphie de l'article 3 dit : « Il est statué par un décret rendu en conseil d'Etat sur le mode d'administration de l'établissement ».

Dans la pensée de M. de Gavardie, il s'agissait, je crois, de savoir si la faculté de réglementation par décret rendu en conseil d'Etat était applicable, non pas seulement au cas où deux départements s'entendent entre eux pour créer un asile commun, mais aussi, au cas où un département s'entend avec un asile privé pour y faire soigner ses malades.

Je dois dire que la réponse ne fait pas doute pour moi, et voici pourquoi. Le paragraphe dont il s'agit a été emprunté par la commission au texte du projet du Gouvernement, qui prévoyait uniquement le cas où plusieurs départements s'entendraient entre eux pour créer un seul asile. D'autre part, nous trouvons dans le rapport de l'honorable M. Roussel (page 56) une explication qui me paraît décisive sur ce point.

Il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue du texte l'erreur est possible, et je crois que la commission ferait bien, pour empêcher les confusions qui pourraient se produire dans l'avenir, de réunir le dernier paragraphe à celui qui précède, au lieu d'en faire un alinéa spécial. Il résulterait suffisamment de cette modification de forme que la dernière phrase de l'article serait applicable au paragraphe 4 et seulement à ce paragraphe. (Marques d'assentiment.)

M. le Rapporteur. Les observations qui viennent d'être portées à la tribune sont très justes. En me préoccupant des observations présentées par M. de Gavardie, je n'avais plus songé que l'article que nous examinons a trait à une autre question que celle dont nous venons de parler et dont il me reste à dire quelques mots pour répondre à l'honorable M. Lacombe. Lorsque la commission a admis dans sa rédaction le paragraphe auquel se rapportent les observations de notre collègue, elle se trouvait en présence d'une situation de fait particulier, important, qui n'existe plus aujourd'hui.

D'une manière générale, on peut dire que cette pensée de la création et de l'entretien en commun d'un établissement d'aliénés par plusieurs départements n'a que la valeur d'une hypothèse presque irréalisable. Cette pensée est très ancienne : on la trouve déjà dans la circulaire de M. Laisné de 1817. A cette époque, l'Etat invitait instamment les départements à se grouper et leur promettait même son concours. En fait, les départements n'ont pas cédé

à ces invitations, et l'expérience semble assez longue pour qu'on puisse dire que sous l'empire de la loi nouvelle on ne les verra pas mettre à profit la faculté que leur accorde le paragraphe en question.

Toutefois, au moment où la commission du Sénat a décidé de maintenir sur ce point le texte du Gouvernement, elle avait une raison particulière. Il s'agissait en ce moment, en effet, de l'acquisition du plus grand asile privé de France, de l'asile de Clermont, qui recevait les aliénés de quatre départements : ceux de Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, Oise, et Somme. La commission avait dans son sein le président d'un de ces départements, le regretté M. Gilbert Boucher, qui lui faisait part des négociations engagées entre les départements en vue de l'acquisition en commun de l'asile. Mais ces négocations n'ont pas pu aboutir au résultat prévu. Vous avez voté récemment un projet de loi; mais le projet ne réalise pas l'hypothèse de la création et de l'administration en commun de l'asile de Clermont.

M. le Ministre de l'intérieur. L'asile a été acheté !

M. le Rapporteur. Oui, mais pour un seul département, qui l'administre seul. Il s'est passé, dans ce cas, ce qui se passe partout. Le grand établissement, qui a coûté 4 ou 5 millions, a été acheté par le département de Seine-et-Oise; ce département a conclu avec ses voisins un traité qui lui assure, pendant un nombre d'années suffisant, l'admission de leurs aliénés indigents à des prix déterminés.

Nous pouvons donc dire aujourd'hui avec un argument de plus que la combinaison formulée dans le paragraphe est, en fait, d'une réalisation très difficile. La commission n'a pas cru toutefois que cet argument fût suffisant pour enlever à l'avenir une ressource qu'il n'est pas impossible, après tout, d'utiliser mieux que par le passé. (Très bien !)

M. le Président. Quelqu'un demande-t-il encore la parole sur l'article 3 ?... Je le mets aux voix. (L'article 3 est adopté.)

M. le Président. « Art. 4. — Les asiles publics sont administrés, sous l'autorité du ministre de l'intérieur et des préfets des départements, par un médecin-directeur responsable.

« Ils sont placés sous la surveillance administrative et financière de commissions gratuites composées de cinq membres, dont deux conseillers généraux élus par l'assemblée départementale et trois membres choisis par le préfet. Les quartiers spéciaux annexés aux hôpitaux ou hospices sont administrés par les commissions administratives de ces établissements. Ils sont assimilés aux asiles publics en tout ce qui concerne la direction médicale, le traitement et la surveillance des aliénés. Cette partie du service est confiée à un médecin en chef préposé responsable. Toutefois le

ministre peut, après avoir pris l'avis du conseil supérieur des aliénés, institué en vertu de l'article 15 ci-après, ordonner la disjonction des fonctions de médecin en chef et de directeur d'un asile public, ainsi que celles de médecin en chef et de préposé responsable d'un quartier d'hospice. »

M. LE MINISTRE. Je prie le Sénat de vouloir bien réserver le paragraphe 4 qui contient ces mots : « Après avoir pris l'avis du conseil supérieur des aliénés, institué en vertu de l'article 15 ci-après ». J'ai dit, à la dernière séance, quelles objections le Gouvernement faisait à l'institution d'un comité supérieur, tel qu'il est établi par l'article 15 du projet de la commission. Eh bien, il me semble qu'on ne peut pas trancher par avance, en votant sur l'article 4, la question même de l'existence de ce comité. (Assentiment au banc de la commission.)

M. LE RAPPORTEUR. La commission aurait demandé la même chose.

M. LE MINISTRE. Je suis donc d'accord avec la commission? (Oui ! oui !)

Je demande donc que ce paragraphe soit réservé. (Adhésion.)

M. LE PRÉSIDENT. Quelqu'un demande-t-il la parole sur l'un des quatre premiers paragraphes de l'article 4?... Je les mets aux voix. (Les quatre premiers paragraphes de l'article 4, mis aux voix, sont adoptés.)

M. LE PRÉSIDENT. M. le ministre de l'intérieur demande que le dernier paragraphe soit réservé. Il n'y a pas d'opposition ?

M. DELSOL. Ce 5[e] paragraphe de l'article 4 n'est pas réservé en entier, monsieur le président. Les observations de M. le ministre n'ont porté que sur cette phrase : « Après avoir pris l'avis du conseil supérieur des aliénés, institué en vertu de l'article 15 ci-après. » On pourrait voter sur le reste du paragraphe.

Au banc de la commission. C'est inutile !

M. DUPRÉ. La commission ne s'oppose pas à ce que le paragraphe tout entier soit réservé. (Approbation.)

M. LE PRÉSIDENT. On n'insiste pas pour le vote ?... Le paragraphe entier est réservé. Je passe à la lecture de l'article 5.

M. LE RAPPORTEUR. Je demande à M. le président la permission de faire remarquer que dans le dernier texte de la rédaction de la commission distribué à la dernière séance, par suite de l'impression qui en a été faite à la hâte, on a omis de placer le paragraphe 1[er] en tête de l'article 5. Ce paragraphe est ainsi conçu :

« Les asiles privés faisant fonction d'asiles publics sont placés, pour tout ce qui concerne le régime des aliénés et l'exécution des règlements relatifs à ces asiles et des traités passés entre eux et les départements, sous le contrôle d'une commission constituée

conformément aux dispositions du paragraphe 2 de l'article précédent. »

Ce paragraphe, emprunté au projet du Gouvernement, doit inscrire dans la loi nouvelle à titre définitif les mesures que le Gouvernement proposait à titre provisoire, à l'égard des asiles privés qui continueraient encore, pendant un certain nombre d'années, à faire fonction d'asiles publics.

M. LE PRÉSIDENT. Je donne lecture de ce paragraphe, tel qu'il est rédigé dans le texte primitif du projet de loi : « Les asiles privés faisant fonction d'asiles publics sont placés, pour tout ce qui concerne le régime des aliénés et de l'exécution des règlements relatifs à ces asiles et des traités passés entre eux et les départements, sous le contrôle d'une commission instituée conformément aux dispositions du paragraphe 2 de l'article précédent. »

Je rappelle au Sénat que le paragraphe 2 de l'article 4 est relatif à la surveillance administrative et financière des asiles publics d'aliénés. Je continue la lecture de l'article 5 :

« Dans tous les cas prévus par les règlements d'administration faits en exécution de la présente loi, un décret du Président de la République peut suspendre le directeur d'un asile privé faisant fonction d'asile public et instituer un régisseur provisoire qui administre l'asile au lieu et place du directeur suspendu, fait observer les lois et règlements et exécute les traités existants. Le fonctionnaire chargé de la régie conserve tous ses droits à l'avancement et à la retraite. Cette régie provisoire ne peut avoir une durée de plus de six mois. »

M. DE GAVARDIE. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. de Gavardie.

M. DE GAVARDIE. Messieurs, une explication est absolument nécessaire sur cet article. Il y est dit que le directeur d'un asile privé — on ajoute bien « faisant fonction d'asile public », mais c'est toujours un asile privé et qui reste tel — que le directeur d'un asile privé peut être révoqué par décret du Président de la République. Vous n'avez pas ce droit.

M. LACOMBE. Le texte ne porte pas « révoquer », mais « suspendre ».

M. DE GAVARDIE. Suspendre, je le veux bien; mais cela revient au même. Si l'on peut suspendre, on peut révoquer, évidemment. Eh bien, a-t-on le droit de suspendre le directeur d'un asile privé? Non, c'est toucher à l'inviolabilité de la propriété !

D'abord, vous avez parfaitement le droit de dire, vous administration : « Désormais je n'ai plus confiance dans cet asile privé, et je reviens sur ma détermination; je vais en retirer mes malades ». Mais je comprends que, dans certains cas, cela pourrait avoir de

graves inconvénients, et je reconnais sans difficulté au Gouvernement le droit de créer un directeur provisoire.

Ce directeur provisoire pourra juxtaposer sa direction à celle du directeur de l'asile privé, évidemment, pour la partie publique de cet asile; mais pour la partie privée, quel droit a-t-il, et quel droit pouvez-vous lui conférer? C'est sur ce point que j'appelle les explications de la commission.

M. LE RAPPORTEUR. Je crois que c'est à M. le ministre de l'intérieur qu'il appartient de donner des explications sur ce point. Le Gouvernement n'a pas besoin d'une loi nouvelle pour suspendre le directeur d'un asile privé. Une mesure de ce genre a été prise tout récemment à Lyon; un directeur d'asile privé a été suspendu...

M. TESTELIN. Pour avoir laissé pendre un de ses pensionnaires!

M. LE RAPPORTEUR. ... et un administrateur provisoire a été installé à l'asile. L'administration exerce donc déjà, en vertu de la loi actuelle, le droit qu'on voudrait lui refuser.

M. PARIS, *de sa place*. Je demande à dire quelques mots. La commission ne prévoit pas ce qui se passera au bout des six mois. Elle dit bien que la régie provisoire ne pourra pas excéder ce terme : mais, après les six mois révolus, la suspension du directeur d'asile privé se transformera-t-elle en révocation de plein droit?

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. C'est évident! Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le ministre de l'intérieur.

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. Messieurs, je désire répondre quelques mots d'une part à l'observation qui a été présentée par M. de Gavardie, et de l'autre à la question que vient de m'adresser l'honorable M. Paris. L'honorable M. de Gavardie a dit : Mais en suspendant de ses fonctions le directeur d'un établissement privé, vous portez atteinte à la propriété privée! C'est là une disposition nouvelle et inadmissible. A cela je réponds : Le droit que le projet de la commission accorde au Gouvernement dans la disposition dont il s'agit, existe déjà, en vertu de la loi de 1838.

En effet, aux termes de cette loi, aucun établissement privé destiné au traitement des aliénés ne peut être fondé sans l'autorisation du Gouvernement; et, par conséquent, le Gouvernement est libre de mettre à cette autorisation qu'il a le droit de retirer les conditions qu'il juge convenables dans l'intérêt des malades. Dans l'état actuel des choses, l'administration peut suspendre — et elle a usé de cette faculté — les directeurs des asiles privés.

C'est en vertu des articles 5 et 6 de la loi de 1838 que M. le préfet du Rhône a suspendu dernièrement le directeur d'un de ces établissements. Par conséquent, la commission n'a rien innové

sur ce point, et la faculté laissée au Gouvernement par cette loi n'a pas été contestée.

D'autre part, l'honorable M. Paris nous objecte : Dans l'article soumis aux délibérations du Sénat, il est dit que le directeur pourra être suspendu pendant six mois. Qu'arrivera-t-il à l'expiration de ce délai? De deux choses l'une : ou bien, à l'expiration de ce délai, les propriétaires de l'asile privé auront changé le directeur, et auront ainsi donné satisfaction aux réclamations légitimes de l'administration; le directeur qui se sera rendu coupable des faits ayant entraîné la suspension étant remplacé, la régie prendra fin naturellement; ou bien, au contraire, le Gouvernement, si les propriétaires de l'établissement privé ne lui ont pas donné satisfaction, aura mis les départements intéressés en demeure et en situation de placer leurs aliénés dans un autre asile; il pourrait aussi retirer aux propriétaires de l'établissement l'autorisation qui leur avait été accordée, et la régie prendra fin également.

La question soulevée par l'honorable M. Paris ne se posera même pas. Un délai de six mois me semble plus que suffisant pour mettre fin à une difficulté que les propriétaires auront véritablement tout avantage à trancher au plus tôt, car la régie ne peut que compromettre leurs intérêts. Voilà, messieurs, les réponses que j'avais à faire aux observations de MM. Paris et de Gavardie. (Très bien !)

M. Lacombe. Messieurs, la nouvelle rédaction de l'article 5 peut donner lieu à une observation plus générale que celles qui ont été présentées jusqu'à présent et auxquelles vient de répondre M. le ministre de l'intérieur.

En effet, l'article 5 actuel se borne à statuer sur le sort des établissements privés qui recevront des malades en vertu de traités passés avec les départements et qui, par conséquent acquerront ainsi, jusqu'à un certain degré, le caractère d'établissements publics. Mais le texte ne spécifie rien sur le sort des établissements d'aliénés qui resteront privés et qui n'auront pas traité avec un département.

D'autre part, le projet de la commission abroge d'une manière expresse la loi de 1838. Or, cette loi contenait deux articles auxquels M. le ministre vient de faire allusion et qui sont ainsi conçus :

« Art. 5. — Nul ne pourra diriger ni former un établissement privé consacré aux aliénés sans l'autorisation du Gouvernement. Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé. Ces établissements devront être, à cet effet, spécialement autorisés par le Gouvernement, et seront soumis, en ce qui

concerne les aliénés, à toutes les obligations prescrites par la présente loi. »

« Art. 6. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions auxquelles seront accordées les cas où elles pourront être retirées, et les obligations auxquelles seront soumis les établissements autorisés. »

Par conséquent, il résulte de la comparaison entre le projet de la commission et le texte ancien que, désormais, les établissements purement privés (qui n'auront pas des traités avec les départements) sont rendus libres par l'abrogation de la loi de 1838.

M. le Ministre de l'intérieur. Il y a l'article 7 du projet de la commission.

M. Emile Lenoel. Voyez les articles 6 et 7.

M. Lacombe. Ils seront rendus libres, c'est-à-dire qu'ils ne seron assujettis qu'à la disposition spéciale de l'article 7 d'après laquelle « nul ne peut créer, ni diriger un établissement privé sans l'autorisation du Gouvernement et sans avoir déposé un cautionnement ». Mais il n'y aura pas de disposition dans le projet de loi visant la manière dont l'autorisation, une fois accordée, pourrait être révoquée, et précisant soit le cas de suspension, soit le cas de retrait d'autorisation.

Je voulais donc demander à la commission s'il y a pas là une omission ou une équivoque dans sa rédaction, ou bien si le paragraphe 2 de l'article 4 est, dans son esprit, applicable à tous les établissements privés, qu'ils revêtent ou non le caractère d'établissements publics par suite d'un traité intervenu avec un département.

Je ne veux pas soulever actuellement la question fort grave de savoir s'il est bon de conserver le régime de l'autorisation préalable pour les établissements privés d'aliénés. Cela me mènerait trop loin. Mais il importe d'être bien fixé sur le système de la commission et de savoir si ceux de ces établissements qui n'auront pas traité avec les départements seront ou non soumis aux dispositions de l'article 5 du projet, comme ils le sont aujourd'hui à celles de la loi de 1838, dont la commission propose l'abrogation totale.

M. le Rapporteur. La question qui vient d'être portée à la tribune aurait trouvé, je crois, sa place, surtout dans la discussion de l'article 7 qui est relatif aux asiles privés. La commission n'a pas entendu soustraire les asiles privés aux règles de surveillance et aux conditions de bon fonctionnement qui sont imposées pour la loi de 1838.

Dans l'article 7, il n'y a pas de disposition expresse à cet égard, et on n'y a pas reproduit les termes de la loi de 1838; mais dans l'article 9, qui est relatif aux règlements d'administra-

tion publique à intervenir, on trouve les dispositions suivantes :

« Les conditions auxquelles sont accordées les autorisations énoncées en l'article 7 ; les cas où ces autorisations peuvent être retirées ; les obligations auxquelles sont soumis les établissements privés autorisés ; les bases sur lesquelles doit être calculé le montant des cautionnements. »

La commission a cru que ces précautions prises dans le paragraphe 2 de l'article 9 étaient suffisantes. Je pense que si l'attention de l'honorable M. Lacombe s'était arrêtée sur ce paragraphe il y aurait trouvé la réponse aux observations très justes d'ailleurs qu'il a portées à la tribune.

M. Lacombe. Implicitement.

M. Paris. Monsieur le président, je demande à dire un mot.

M. le Président. La parole est à M. Paris.

M. Paris. Messieurs, les explications qui ont été fournies tout à l'heure d'une manière très nette par M. le ministre de l'intérieur portent sur deux points. Je suis parfaitement d'accord avec lui sur le premier, c'est que, lorsque le directeur d'un asile d'aliénés a traité avec un département pour recevoir ses aliénés, comme le ferait un asile public, il s'est évidemment soumis à toutes les obligations que le Gouvernement impose aux asiles publics. Par conséquent, il pourra, comme le directeur d'un asile public proprement dit, être frappé de la peine de la suspension pendant un délai de six mois.

La question que j'ai posée à la commission, et à laquelle M. le ministre de l'intérieur a bien voulu répondre, porte sur un autre point. A l'expiration des six mois, pendant lesquels une régie provisoire pourra avoir existé, que se passera-t-il ? M. le ministre nous a dit : Les propriétaires des maisons d'aliénés qui font office d'asiles publics auront été suffisamment avertis, et, pendant ce délai, ils auront eu le temps de prendre leurs précautions et, par conséquent, de remplacer le directeur frappé de suspension. S'ils ne l'ont pas fait, le Gouvernement usera de son droit et retirera les aliénés placés par le département ou par l'Etat dans cet asile privé, qui deviendra, dès lors, un asile privé réduit à sa plus simple expression, et qui existera désormais, à ses risques et périls, comme établissement d'aliénés.

C'est très bien ! M. le ministre suppose que la suspension est la seule mesure qui puisse être adoptée à l'égard des directeurs des asiles privés. Les explications qui viennent d'être fournies sur la question posée par notre honorable collègue M. Lacombe et par M. le rapporteur de la commission nous renvoient — mais d'une manière implicite seulement — à un règlement d'administration publique qui pourra prévoir le cas dans lequel l'autorisation accordée par le Gouvernement serait retirée au directeur d'un

asile privé, ce qui, par conséquent, laisse supposer que le directeur d'un asile privé pourra être non seulement suspendu, mais encore révoqué, car le retrait d'autorisation équivaut à la révocation.

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. Parfaitement.

M. PARIS. Pour mon compte personnel, je ne crois pas qu'il puisse en être autrement. La sauvegarde qui existe dans les établissements publics au point de vue des familles et de l'État doit exister également dans les établissements privés, et c'est cet intérêt supérieur qui me semble donner au Gouvernement le droit absolu de révocation ou de suspension. Mais ce que je voudrais, c'est que l'article 5 visât directement ce cas et déclarât, par exemple, que le directeur d'un asile privé faisant fonction ou non d'asile public pourrait être suspendu; car autrement il semblerait que vous établissez une certaine différence au point de vue général de la suspension, et peut-être même, dans l'article 5, au point de vue de la révocation entre le directeur d'un asile privé pur et simple et le directeur d'un asile privé qui reçoit des malades d'un département. Ce n'est donc qu'au point de vue de l'harmonie des textes que je présente cette observation.

M. LE PRÉSIDENT. Vous n'avez pas de rédaction à me donner?

M. PARIS. Je demande à la commission si elle verrait un inconvénient à ce que l'article 5 s'appliquât aux directeurs de tous les asiles privés, que ces derniers fissent ou non fonction d'asiles publics.

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. Le Gouvernement ne peut admettre la proposition de M. Paris, à laquelle, du reste, je réponds par anticipation. Dans l'article 9, on prévoit qu'un règlement d'administration publique déterminera « les conditions auxquelles seront accordées les autorisations énoncées en l'article 7, les cas où ces autorisations pourront être retirées ». Puisqu'on admet dans l'article 7 la révocation du directeur, il me paraît utile également de laisser au Gouvernement le droit de prononcer la suspension, qui est une mesure moins sévère que la révocation.

M. DELSOL. Je ferai remarquer que la loi s'occupe successivement des asiles privés faisant fonction d'asiles publics et des asiles privés proprement dits. Nous n'avons pas voulu mêler les dispositions qui se rapportent à ces deux sortes d'établissements.

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. La commission a voulu établir, — et avec raison, à mon avis, — une différence de traitement entre les asiles privés faisant fonction d'asiles publics, c'est-à-dire recevant les aliénés des départements, et les asiles absolument privés. Pour ces derniers nous avons le droit de retirer l'autorisation s'ils ne se soumettent pas aux prescriptions établies par le règle-

ment d'administration publique. Mais la commission n'a pas cru qu'il fût possible d'accorder au Gouvernement le droit de s'emparer de l'administration même de la maison, parce qu'il s'agit d'un asile absolument privé.

Quand il est question au contraire d'un asile privé faisant fonction d'asile public, la commission s'est dit : Il y a là un intérêt public engagé ; il s'agit du traitement de malades dont la dépense est payée par les départements et les communes, et alors elle a accordé au Gouvernement des droits plus étendus sur cet établissement ; elle lui permet, afin que les intérêts des aliénés entretenus aux frais du département et des communes ne soient pas compromis, de prendre la direction et l'administration même de l'établissement pendant un temps suffisant pour permettre de régler les difficultés avec les propriétaires de la maison privée. Nous croyons que cette différence de traitement est justifiée et qu'elle s'explique naturellement. Nous pensons donc qu'il n'y a pas lieu d'adopter la proposition de l'honorable M. Paris.

M. Paris. Je demande à dire un mot. J'avais raison, vous le voyez, de provoquer ces explications; elles ont amené, en effet, le Gouvernement à déclarer que les asiles privés qui reçoivent des pensionnaires des départements sont placés exactement sous le même régime que les directeurs d'asiles publics, et que, par conséquent, ils pourront être, ou bien révoqués, ou bien suspendus pendant six mois. Je suis d'accord avec lui sur ce point. Quand, au contraire, il s'agira d'asiles privés proprement dits, il n'y aura alors qu'un seul mode d'intervention de la part du Gouvernement : ce sera le retrait d'autorisation.

M. Buffet. Parfaitement !

M. Paris. Pour mon compte personnel, ces explications me donnent satisfaction.

M. le Président. Personne ne demande plus la parole sur l'article 5?... Je consulte le Sénat. (L'article 5 est mis aux voix et adopté.)

M. le Président. « Art. 6. — Les médecins directeurs, les directeurs, les médecins en chef et adjoints des asiles publics, les médecins en chef préposés responsables, les préposés responsables et les médecins adjoints des quartiers d'hospices, les médecins en chef et adjoints des établissements privés faisant fonction d'établissements publics, les surveillants en chef, sont nommés par le ministre de l'intérieur. »

« Les médecins adjoints sont nommés sur une liste de présentation dressée à la suite d'un concours public. Les médecins en chef sont nommés sur une liste de présentation dressée par le comité supérieur des aliénés. Les candidats inscrits sur cette liste

sont pris, pour les trois quarts, soit parmi les médecins secrétaires des commissions permanentes instituées en vertu de l'article 11 ci-après, soit parmi les médecins adjoints. Dans les asiles publics, les secrétaires en chef, les économes, les receveurs, les pharmaciens, les employés du bureau, sont nommés par le préfet, sur une liste de présentation dressée par le directeur responsable et par la commission de surveillance. Les préposés gardiens et servants sont nommés par le directeur. Dans les quartiers d'hospice, les préposés gardiens et servants doivent être agréés par le préposé responsable. » Il faut réserver cet article.

M. le Ministre de l'intérieur. Je demande que le paragraphe 3 soit réservé.

M. le Président. Quelqu'un demande-t-il la parole sur les 1er, 2e, 4e, 5e et 6e paragraphes de l'article 6?... Je les mets aux voix. (Ces cinq paragraphes sont adoptés. — Le 3e paragraphe est réservé.)

M. le Président. « Art. 7. — Nul ne peut créer ni diriger un établissement privé sans l'autorisation du Gouvernement et sans avoir déposé un cautionnement.

« Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants ou l'un des descendants, le frère ou la sœur du malade, n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés.

« Nul ne peut soigner un aliéné dans les conditions prévues au paragraphe précédent sans qu'il en ait fait la déclaration, dans le délai d'un mois à partir de la mise en traitement de la personne malade, au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de cette personne. »

Il y a, messieurs, plusieurs amendements sur cet article; avant de les examiner, je propose au Sénat de voter d'abord sur le paragraphe 1er, qui ne soulève aucune difficulté. (Assentiment.) Personne ne demande la parole sur le paragraphe 1er?... Je le mets aux voix. (Le paragraphe 1er est adopté.)

M. le Président. M. Lacombe a déposé un amendement dont voici la teneur :

« Art. 7, § 2. — Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le tuteur, autorisé par le conseil de famille à se charger du traitement, l'un des ascendants, l'un des descendants ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement, du malade n'ait son domicile dans la même maison ou ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés. » La parole est à M. Lacombe pour développer son amendement.

M. Lacombe. Messieurs, l'amendement que j'ai eu l'honneur de présenter sur l'article 7 entraîne quatre modifications au projet de la commission. La première consiste à ajouter une précision dans l'énumération des personnes qui sont exceptionnellement admises à soigner, sans surveillance de l'autorité publique, les malades qui leur touchent de près. Après les mots « le tuteur » je propose d'ajouter ceci : « autorisé par le conseil de famille à se charger du traitement ».

Voici quel a été mon but en proposant cette adjonction. Du moment que la commission parle d'un tuteur, c'est qu'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit. Le mineur ou l'interdit peuvent être soignés par le tuteur, avec l'autorisation du conseil de famille. Mais il pourrait se faire aussi que le tuteur, se trouvant en présence d'un pupille qui serait, au cours de la tutelle, frappé d'aliénation mentale, prenne sur lui de le soigner dans son domicile ou en dehors, sans que le conseil de famille eût été consulté.

Il me paraît que les deux cas ne peuvent pas être assimilés, parce que la garantie qui existe dans l'un n'existe pas dans l'autre. Voilà pourquoi il m'a semblé convenable de restreindre la dispense de la surveillance générale édictée par le projet de loi au cas où l'on se trouve en présence d'un conseil de famille prévenu de la maladie et autorisant le traitement à domicile. Du reste, en adoptant cet amendement la commission ne fera que faire concorder son texte avec les dispositions du Code civil, et notamment avec l'article 510, ainsi conçu :

« Selon les caractères de sa maladie et l'état de sa fortune, le conseil de famille pourra arrêter qu'il sera traité dans son domicile ou qu'il sera placé dans une maison de santé, et même dans un hospice. »

C'est évidemment au premier de ces trois cas, celui où le conseil de famille a autorisé le tuteur à faire soigner le malade dans son domicile, que peut s'appliquer la dispense des garanties spéciales que la commission propose d'édicter. Je crois donc que je ne fais qu'entrer dans les idées mêmes de la commission en précisant un peu mieux qu'elle ne l'a fait elle-même, et en demandant qu'au mot « tuteur » on ajoute ceux-ci : « autorisé par le conseil de famille à se charger du traitement ». Voilà pour le premier point. Je passe au second.

A l'énumération qui est faite par le projet de la commission, et qui ne comprend que le tuteur, les ascendants, les descendants, le frère et la sœur, j'ajoute : « l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement ».

M. le Ministre de l'intérieur. Vous avez exclu le conjoint ?

M. Lacombe. Je n'ai pas voulu l'exclure. C'est une omission tout à fait involontaire de ma part et je modifierai en ce sens le texte

de mon amendement. J'ai voulu simplement revenir aux dispositions du projet du Gouvernement, qui étendait la dispense de la surveillance ordinaire au cas où le malade était soigné par un de ses collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement.

Je crois qu'il y a de grandes raisons pour en agir ainsi ; elles sont incontestables tout au moins pour une partie des collatéraux jusqu'au quatrième degré, pour l'oncle et la tante qui, comme on le disait dans le droit ancien, *loco parentum sunt*. Ils remplacent, en effet, les parents ; ils ont souvent une affection quasi paternelle pour leurs neveux ou nièces. S'ils dirigent eux-mêmes le traitement, on doit voir dans leur présence et dans leur intervention une garantie de même nature que celle admise par la commission comme justifiant à ses yeux la dispense de surveillance.

Je vais jusqu'au quatrième degré de parenté, parce qu'il y a aussi le grand-oncle et la grand'tante, qui sont dans la même situation et dont la parenté à l'égard du malade paraît aussi offrir toute garantie. Je n'ai pas du reste besoin, messieurs, d'insister beaucoup sur ce point, car le Gouvernement, en présentant son projet, avait admis, comme moi, que la parenté jusqu'au quatrième degré constitue une garantie suffisante pour qu'il n'y ait pas lieu de soumettre en ce cas les malades à la surveillance de l'autorité publique.

Une troisième modification consiste dans la substitution de la disjonctive *ou* à la conjonction *et* qui figure dans le texte de la commission et dans celui du Gouvernement. « A moins que le tuteur, le conjoint, etc,, — dit le texte qui nous est soumis — n'ait son domicile dans la même maison *et* ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés. »

L'on voit que, d'après le projet, il faudrait remplir deux conditions à la fois pour être dispensé d'une surveillance spéciale : il faudrait que le père, la mère, l'ascendant, le descendant, le conjoint, en un mot les parents rapprochés qui font soigner un malade fussent logés dans la même maison que lui, et d'autre part qu'ils présidassent personnellement aux soins donnés à ce malade. Je demande que l'on mette la disjonction « ou », c'est-à-dire que l'on admette qu'une seule des deux conditions sera suffisante.

Il est évident, en effet, que si celui qui soigne ou fait soigner le malade habite dans la même maison que lui, c'est bien lui qui préside au traitement, qui en assume la responsabilité et que tout au moins il le surveille de près.

D'un autre côté, il est certain que si, ne voulant pas ou ne pouvant pas habiter dans la même maison, si résidant, par exemple, dans la même ville ou à une petite distance, il procède personnellement aux soins qui sont donnés, suivant l'expression

de la commission, si, par suite, il dirige le traitement et en exerce la surveillance sous sa responsabilité, il se trouve également dans les conditions en faveur desquelles on a précisément voulu faire une exception aux règles des garanties que l'on édictait pour les cas ordinaires.

Dans un cas comme dans l'autre, on a, dans le lien qui unit le malade à celui qui le fait soigner, dans la surveillance effective du traitement par un parent rapproché, une garantie suffisante pour qu'il ne soit pas besoin de lui infliger la surveillance rigoureuse et constante que la commission eût dû réserver pour ceux qui n'ont qu'un étranger à soigner.

Enfin, mon amendement prévoit encore une autre modification au paragraphe 3. Mais, ici, je dois dire que le nouveau texte de la commission, qui vient de nous être distribué, est venu donner satisfaction à mon amendement dans sa partie la plus importante.

En effet, le paragraphe 3, tel qu'il était originairement conçu, disait : « Nul ne peut soigner un aliéné dans les conditions prévues au paragraphe précédent sans qu'il en ait fait la déclaration au procureur de la République de « l'arrondissement du domicile de cette personne ». Mon amendement avait pour but de demander que la déclaration fût faite, non pas au procureur de la République du domicile du malade, mais à celui du domicile de la personne qui soignait ce malade.

En effet, c'est ce procureur de la République qui est chargé de la surveillance et c'est à lui, par conséquent, que la déclaration doit être faite. La commission l'a du reste spontanement compris, puisque, dans le nouveau texte qu'elle a proposé, il est dit : « ... sans qu'il en ait fait la déclaration au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de cette personne ». Il est donc inutile de rien ajouter sur ce premier point. Mais, dans la rédaction que je propose, j'ai encore ajouté un mot : « Nul ne peut soigner un aliéné » ; j'ai ajouté « un aliéné étranger ».

J'ai agi ainsi pour entrer dans les idées que je crois être celles de la commission, mais pour éviter une confusion qu'il est aisé de prévoir. J'ai voulu indiquer que cette disposition n'est applicable qu'au cas où il s'agit d'un de ces aliénés qui ne sont soignés ni par le père, ni par la mère, ni par le conjoint, etc., du malade. Je crois que je suis parfaitement d'accord avec la commission.

M. Delsol, *membre de la commission.* L'expression d' « étranger » ne répond pas tout à fait à votre idée.

M. Lacombe. L'étranger est celui qui n'est pas uni au malade par des liens intimes, parenté ou tutelle.

M. Delsol. Nous parlons, nous, des aliénés étrangers, c'est-à-dire qui ne sont pas Français.

M. Lacombe. On peut renvoyer l'amendement à la commission pour en vérifier les termes; je crois que nous sommes d'accord sur l'idée. Il ne restera plus qu'une question de rédaction; au surplus, la relation entre ce paragraphe et le précédent est, selon moi, exclusive de toute équivoque. Le mot « étranger » ne peut pas signifier ici aliénigène, et la corrélation entre le premier et le second paragraphe rend cette acception inadmissible; l'aliéné étranger est, dans ce cas, celui qui n'a, avec la personne qui le soigne, ni rapports de parenté, ni rapports de tutelle. (Très bien! très bien! sur divers bancs.)

M. le Rapporteur, *de sa place*. Le Sénat comprendra facilement la difficulté, je pourrais dire l'impossibilité où se trouve la commission de poursuivre la discussion de cet article et des articles suivants de la loi. Elle ne connaissait, en entrant en séance, qu'un seul amendement présenté par l'honorable M. Isaac et qui se rapporte à l'article 7; l'autre, sur l'article 8, vient de lui être remis.

Voix nombreuses. A la tribune!

M. le Président. Monsieur le rapporteur, il conviendrait que vous prissiez la peine de monter à la tribune.

M. le Rapporteur, *à la tribune*. Je disais, messieurs, que les deux amendements de M. Lacombe, qu'il s'agirait d'examiner avant de poursuivre la discussion de l'article 7, ont à peine été lus et n'ont pas pu être examinés par la commission.

La lecture qui vient d'en être faite permet de dire qu'il y a quelques points qui n'offrent pas de difficulté; mais il en est d'autres, au contraire, qui exigent un examen attentif.

L'article 7 donnera certainement lieu à d'assez vives discussions, et on peut en prévoir de non moins vives sur l'article 8, qui est étroitement lié à l'article 7. Il est donc impossible de continuer utilement la discussion de ce dernier article; j'ai l'honneur, en conséquence, au nom de la commission, de demander que la suite de la discussion soit remise à la prochaine séance. La commission alors se prononcera devant le Sénat sur les divers amendements qui ont été déposés.

M. Roger-Marvaise. Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. Roger-Marvaise.

M. Roger-Marvaise. Messieurs, je voudrais appeler l'attention de la commission sur ce 3e paragraphe de cet article 7. A mon sens, ce 3e paragraphe a une gravité extraordinaire. D'autre part, je ne vois pas dans la loi que nous propose la commission une sanction quelconque à l'accomplissement des formalités qu'il prescrit.

« Nul, dit ce paragraphe, ne peut soigner un aliéné dans les

conditions prévues au paragraphe précédent... » Vous savez que ce sont des parents qui peuvent être appelés à soigner leurs parents. « Nul ne peut soigner un aliéné dans les conditions prévues au paragraphe précédent sans qu'il en ait fait la déclaration, dans le délai d'un mois à partir de la mise en traitement de la personne malade, au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de cette personne. » Il y a des familles dans lesquelles il peut y avoir des malades. On cache avec soin les maladies de ces personnes...

... Vous allez les obliger à faire une déclaration au procureur de la République et amener ainsi une surveillance, au sein même de la famille, des soins qui peuvent être donnés au membre de cette famille ! Pour ma part, je crois que cette disposition va au delà de ce qui est possible, au delà de ce qui est permis. Mais, messieurs, il y a mieux ! C'est que cette disposition est pour ainsi dire inapplicable, car quelle serait la sanction de l'accomplissement de cette formalité? Il n'y en a pas dans le projet présenté par la commission. Il n'est pas possible, en effet, d'admettre un seul instant que vous donniez pour sanction à l'accomplissement de cette formalité la disposition pénale que je trouve dans l'article 67 du projet.

Dans l'article 67 on nous parle de dispositions pénales, «... de cinq jours à un an de prison et d'une amende de 50 à 3,000 fr...» Il n'est pas possible d'admettre que le défaut d'accomplissement de cette formalité ait une pareille sanction. De telle manière que, dans le projet qui vous est présenté par la commission, je vois l'obligation de remplir une formalité qui peut répugner et qui répugnerait à beaucoup de familles, et, d'un autre côté, je ne vois aucune sanction à l'accomplissement de cette formalité. Dans ces conditions, je demande le renvoi à la commission, afin qu'elle puisse peser les considérations que je viens de porter à la tribune. (Très bien ! très bien ! sur un grand nombre de bancs.)

M. Delsol. Je répondrai par un mot seulement aux observations présentées par l'honorable M. Roger-Marvaise. Les critiques qu'il a dirigées contre le troisième alinéa de l'article 7 ne s'appliquent pas le moins du monde aux malades qui sont soignés dans la famille proprement dite, par les proches parents dont on a parlé tout à l'heure. Cette disposition s'applique aux personnes qui sont soignées dans les asiles privés ou qui sont surveillées et soignées par des personnes qui ne sont pas leurs proches parents, qui sont une exception dans l'article.

Je ne comprends pas qu'il ait pu croire un seul instant que les proches parents dont il a été question tout à l'heure, qui sont dispensés de la surveillance de l'autorité publique, tombent sous l'application du paragraphe 3, qui évidemment s'applique à la

première partie de l'article et non pas aux parents qui sont une exception dans cet article. (Interruptions diverses.)

Plusieurs sénateurs. Le texte n'est pas clair !

M. Georges Martin. Modifiez le texte !

M. Roger-Marvaise. Je demande la parole.

M. le Président. Ne parlez pas tous à la fois, messieurs ; c'est le moyen de ne rien entendre. (Rires.)

M. Delsol. Si la rédaction vous paraît obscure, présentez un amendement qui l'éclaircisse, et nous l'accepterons volontiers ; mais je vous indique quel est le sens de la disposition présentée au Sénat par la commission, et qui n'est pas du tout celui sur lequel vous avez raisonné.

M. Lacombe. C'est pour cela que j'ai proposé d'ajouter le mot « étranger ».

M. Paris. Je demande à dire un mot.

M. le Président. La parole est à M. Roger-Marvaise, qui l'avait demandée avant vous.

M. Roger-Marvaise. J'insiste devant le Sénat pour le renvoi de tout l'article à la commission, parce qu'il est absolument nécessaire que la clarté se fasse. L'honorable M. Delsol vient nous dire : Le texte n'est pas clair. Si le texte n'est pas clair cela explique les observations que je viens de soumettre au Sénat. Mais je veux remettre sous les yeux du Sénat le texte même de l'article et il va voir qu'il est extrêmement facile de se méprendre sur la portée de ce texte. Voici en effet ce que je lis dans l'article 7 :

« Nul ne peut créer ni diriger un établissement privé sans l'autorisation du Gouvernement et sans avoir déposé un cautionnement... »

Là. pas de difficulté, le texte est d'une clarté limpide. Un établissement privé ne peut être ouvert sans l'autorisation du Gouvernement. Mais le second paragraphe ne vise en aucune manière un établissement privé. Il vise tout autre chose. Voici comment il est conçu :

« Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants ou l'un des descendants, le frère ou la sœur du malade, n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés. »

Plusieurs membres de la commission. Eh bien, c'est très clair !

M. Roger-Marvaise. Puis il est dit : « Nul ne peut soigner un aliéné dans les conditions prévues au paragraphe précédent sans qu'il en ait fait la déclaration, dans le délai d'un mois à partir

de la mise en traitement de la personne malade, au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de cette personne. »

M. DUPRÉ, *président de la commission*. Ceci ne s'applique pas aux maisons où un aliéné est soigné par ses parents directs.

Un sénateur au centre. Mais il faut le dire.

M. ROGER-MARVAISE. Je demande le renvoi de l'article à la commission, afin qu'il n'y ait plus de doute sur le sens à donner à cet article. (Approbation sur plusieurs bancs.)

M. PARIS. Messieurs, le renvoi demandé par l'honorable M. Roger-Marvaise de tout l'article à la commission me paraît d'autant plus indispensable qu'on a oublié une situation très intéressante. Supposez que j'aie un vieux domestique et qu'il soit atteint d'aliénation mentale ; je le soigne chez moi avec les plus grands soins et avec tout le dévouement que le maître doit à celui qui, pendant de longues années, a été son fidèle serviteur ; je vais être immédiatement placé dans la catégorie des étrangers dont on parlait tout à l'heure et assimilé à un directeur d'asile privé ; je vais être obligé, par conséquent, de me soumettre à toutes les règles de surveillance et aux déclarations au procureur de la République indiquées dans l'article 7.

Il me paraît absolument nécessaire, si la commission veut introduire un mode quelconque de surveillance à l'égard des malades traités dans des maisons particulières, qu'elle étende considérablement le cadre qu'elle a fait beaucoup trop restreint.

M. LE PRÉSIDENT. La commission accepte-t-elle le renvoi ?...

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. Oui, monsieur le président, la commission accepte le renvoi de tout l'article.

M. LE PRÉSIDENT. Il n'y a pas d'opposition au renvoi de l'article 7 à la commission ? (L'article 7 est renvoyé à la commission.)

M. LACOMBE. Je demande que l'article 8 soit aussi renvoyé à la commission.

M. LE PRÉSIDENT. M. Lacombe demande le renvoi de l'article 8 à la commission.

Je ferai remarquer à M. Lacombe que dans la rédaction de son amendement, il a oublié non seulement de mentionner le frère et la sœur, mais aussi le conjoint.

M. LACOMBE. C'est une erreur que je rectifierai.

M. LE RAPPORTEUR. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. Le Sénat voit la tournure que prend la discussion quand on la porte sur des articles et des amendements surtout qui n'ont même pas pu être lus au sein de la commission.

L'article 8 soulèvera des objections bien plus nombreuses encore que l'article 7. Il y a sur cet article 8 plusieurs amendements que la commission n'a pas pu examiner, et je crois que le Sénat perdrait vraiment son temps à continuer la discussion dans de pareilles conditions. (Marques nombreuses d'approbation.)

M. LE PRÉSIDENT. J'allais consulter le Sénat sur le renvoi de l'article 8 à la commission, demandé par M. Lacombe. Mais le renvoi des articles 7 et 8 ne nous empêche pas de continuer la discussion sur les autres articles.

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. Il est impossible, monsieur le président, de continuer la discussion de la loi. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le ministre de l'intérieur.

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. Messieurs, je demande au Sénat de renvoyer à lundi la suite de la discussion de la loi. Il me paraît impossible de la poursuivre dans les conditions où elle se présente à l'heure actuelle. (Bruit de conversations.)

M. LE PRÉSIDENT. Messieurs, la séance n'est pas levée. Gardez le silence, je vous en prie. (Le silence se rétablit.)

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. Messieurs, l'article 8 est lié intimement à l'article 7 qui vient d'être renvoyé à la commission. Ces deux articles soulèvent une question extrêmement grave : c'est celle de la situation de l'aliéné qui sera traité soit dans sa famille, soit par un étranger, dans le cas qu'indiquait, par exemple, l'honorable M. Paris.

Si j'ai bien compris la pensée de la commission, — et cependant il me semble que tout à l'heure l'honorable M. Delsol a émis une opinion contraire, — elle avait examiné deux hypothèses : la première, celle où l'aliéné serait gardé, traité à domicile par ses parents à un degré rapproché, c'est-à-dire par ses ascendants, ses descendants ou son conjoint ; et, dans ce cas-là, la commission n'avait pas entendu — c'est le sens de son article 8 — dispenser cet aliéné de toute espèce de surveillance de la part de l'État. Elle avait bien dit qu'il y aurait une surveillance ; elle avait astreint le tuteur ou les parents à faire, dans le délai de trois mois, une déclaration de cet état d'aliénation au procureur de la République.

M. DELSOL. Quand il y a contrainte, coercition.

M. LE MINISTRE. Oui, cela est entendu : quand il y a contrainte et séquestration. Puis, elle avait prévu une seconde hypothèse : c'est le cas où l'aliéné serait soigné par un parent ne figurant pas dans la nomenclature indiquée dans l'article de la commission, ou, d'après l'amendement de M. Lacombe, par un parent au delà du quatrième degré, ou par un étranger. Dans ce cas, la

commission avait cru qu'il y avait lieu d'assujettir les personnes qui soignaient, qui gardaient cet aliéné, à une surveillance plus rigoureuse de la part de l'Etat, et la déclaration au procureur de la République devait avoir lieu dans le délai d'un mois. En résumé, la question qui se pose est celle de savoir si l'aliéné traité dans sa famille sera soumis à la surveillance et au contrôle de l'Etat.

Il faut bien le dire très nettement ici, messieurs, les abus qui se sont produits à l'égard des aliénés n'ont pas eu lieu dans les asiles publics : c'est dans les asiles privés et surtout dans les familles que ces abus se commettent. (Très bien! très bien! sur un grand nombre de bancs.) C'est là que l'Etat doit exercer sa surveillance et son contrôle, et c'est sur ce point que j'appelle toute l'attention du Sénat. Je crois qu'à côté des droits de la famille il y a le devoir de l'Etat. Le devoir de l'Etat est de protéger les malheureux incapables de se défendre eux-mêmes. (Nouvelle approbation.) Il est nécessaire d'instituer et de déterminer nettement l'action et la surveillance de l'Etat sur l'aliéné gardé à domicile. Pour ma part, je demande à la commission de se prononcer sans équivoque sur cette question de principe dans l'article qu'elle aura à vous soumettre. Je prie donc le Sénat de vouloir bien renvoyer la suite de la discussion à sa prochaine séance.

M. Delsol, *de sa place*. Je demande la permission de poser une simple question à M. le ministre. Nous avons proposé dans notre projet de loi...

Plusieurs sénateurs. On n'entend rien! montez à la tribune.

M. Delsol, *à la tribune*. Si j'ai bien compris les explications de M. le ministre de l'intérieur, la surveillance de l'Etat devrait être obligatoire dans tous les cas, même lorsque l'aliéné est au milieu de ses plus proches parents, dans la maison de ses ascendants ou de ses descendants. Or, si j'ai bonne mémoire, le Gouvernement nous avait fait à l'origine une proposition différente. Je crois qu'il dispensait de la surveillance les aliénés qui sont auprès de leurs proches parents. Je demande si le Gouvernement retire cette partie de son projet et s'il nous fait une proposition nouvelle et différente de celle qui avait été, je crois, exposée dans le sein de la commission par son représentant.

M. le Ministre de l'intérieur. Je n'ai pas été entendu, sur cette question, par la commission. Le projet a été déposé par un de mes prédécesseurs ; mais, en ce qui me concerne, je crois que l'Etat doit dans certaines limites, que vous aurez à fixer, exercer sa surveillance sur tout aliéné, alors même qu'il serait gardé dans sa famille par ses proches parents.

M. Delsol. Votre avis sur ce point est différent de celui qui

nous avait été exposé par vos prédécesseurs, que nous avons, à plusieurs reprises, entendus dans la commission.

M. le Ministre. Je crois que, du moment qu'un aliéné est séquestré, la surveillance et le contrôle de l'État doivent s'exercer.

M. Delsol. C'est ce que nous demandons.

M. le Président. On demande le renvoi des articles 7 et 8 à la commission. Je consulte le Sénat. (Le renvoi à la commission des articles 7 et 8 est ordonné.)

M. Dupré, *président de la commission*. Il est impossible à la commission, monsieur le président, de continuer la discussion de la loi actuellement. Elle demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance.

M. le Président. La commission demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance. Il n'y a pas d'opposition? (Non! non!) La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

BIBLIOGRAPHIE

VIII. *Traité pratique et théorique de la lèpre;* par H. Leloir. Aux bureaux du *Progrès médical* et chez Lecrosnier, édit. 1886.

Bien que la lèpre soit rare en France, et qu'il s'agisse d'une affection parasitaire, son étude n'est pas sans intéresser le neuropathologiste. Il existe en effet une forme de la lèpre dans laquelle les productions nouvelles se localisent dans les nerfs et constitue une forme anesthésique ou trophoneurotique. Cette forme est étudiée avec soin par M. Leloir, et à cet égard nous ne saurions trop recommander à nos lecteurs son bel ouvrage à la fois iconographique et descriptif.

La lèpre trophoneurotique débute rarement d'emblée par des troubles nerveux. En général, elle est précédée d'éruptions maculeuses (érythémateuses ou dychromatiques) ou bulleuses. Quant à la névrite lépreuse, c'est une névrite parenchymateuse interstitielle spécifique dans laquelle Arning a pu trouver des bacilles lépreux et dont l'évolution relativement rapide aboutit finalement à la dégénérescence complète du nerf. Ces lésions tiennent sous leur dépendance l'anesthésie, les paralysies, les atrophies et les

troubles trophiques, qui constituent le tableau symptomatique de la lèpre anesthésique. — La période anesthésique est précédée de douleurs névralgiques paroxystiques, qui peuvent se montrer sur le trajet de tous les nerfs des membres et de la face; on observe aussi quelquefois au début des troubles de l'ouïe (Leloir). L'auteur étudie en détail les symptômes de la période d'état : 1° l'anesthésie souvent d'une remarquable symétrie, comme les lésions cutanées, et, en général, tellement irrégulière qu'elle ne peut être mise en rapport qu'avec des lésions périphériques des nerfs; — 2° l'atrophie musculaire avec les déformations déterminées par les rétractions fibreuses et tendineuses; l'atrophie des muscles de la face, outre qu'elle entraîne des déformations considérables amène fréquemment des troubles de la nutrition des membranes de l'œil. Vigouroux a constaté l'abolition complète de toute excitabilité électrique, exceptionnellementla réaction de dégénérescence; — 3° les lésions trophiques des muqueuses de la peau, des os et des articulations, les mutilations. M. Leloir donne enfin l'état de la scorie sur les lésions des nerfs de la moelle et du cerveau dans la lèpre. Les descriptions sont illustrées de dessins et de planches exécutées d'après nature avec le plus grand soin. C. F.

IX. *Bibliothèque anthropologique* : *Ouvrages de* MM. Thulié, Mathias Duval, Letourneau, Hovelacque et Hervé.

L'éditeur Lecrosnier a entrepris la publication d'une série d'ouvrages d'anthropologie, qui méritent d'être signalés à nos lecteurs. L'histoire de l'homme et de son évolution intéresse, en effet tous les pathologistes; mais en particulier les neurologistes et les aliénistes et surtout ceux qui se préoccupent de l'histoire naturelle de la criminalité. Les discussions relatives aux théories ataviques et pathologiques du crime, peuvent être vivement éclaircies par l'étude de l'évolution anatomique, physiologique et sociale de l'homme. Nous avons déjà annoncé à leur apparition les deux premiers volumes de la Bibliothèque anthropologique. 1° *La Femme*, *essais de Sociologie physiologique*, par M. Thulié; 2° le *Darwinisme*, par M. Mathias Duval. Cette année a vu paraître deux nouveaux volumes : 3° l'*Evolution de la Morale*, par M. Letourneau, et 4° *Précis d'Anthropologie*, par MM. Hovelacque et Hervé.

Le livre de M. Letourneau comprend vingt leçons professées à l'école d'anthropologie pendant l'hiver de 1885 à 1886. Les principaux sujets traités sont : la préhistoire vivante, l'origine des penchants moraux, les phases de l'évolution morale, la morale bestiale, la morale sauvage, la morale barbare, la morale indus-

trielle ou mercantile, l'influence des religions sur la morale, la morale antophysique, la morale utilitaire et transformiste.

Le précis de MM. Hovelacque et Hervé est conçu sur un autre plan que les *Eléments d'Anthropologie générale* de Topinard qui a fait surtout et à peu près exclusivement l'étude anatomique et physiologique : il comprend à la fois l'anthropologie zoologique, l'anthropologie ethnique, l'anthropologie préhistorique et l'ethnographie. Ces différentes parties sont des exposés compacts de l'état actuel de la science sur ces différentes questions auxquelles les auteurs ont souvent donné une note personnelle.

Nous ne saurions trop recommander ces deux nouveaux ouvrages de la Bibliothèque anthropologique, qui constituera bientôt un *Compendium* précieux de la science anthropologique.

X. *Contribution à l'étude des symptômes du mal de Pott, au début*; par IMBERDIS. (Th. de Paris, 1886.)

Les accidents nerveux qui précèdent l'apparition des signes sensibles du mal de Pott peuvent être confondus avec diverses affections viscérales et surtout avec certains troubles viscéraux de l'ataxie locomotrice; ils ne peuvent être rapportés à leur véritable cause qu'après un examen attentif et complet des malades. Parmi ces accidents, les plus intéressants sont ceux qui se manifestent du côté du tube digestif; ils consistent quelquefois en vraies crises gastriques, mais plus souvent en troubles dyspeptiques vagues qui ne s'améliorent que par le traitement dirigé contre le mal vertébral lui-même. CH. F.

XI. *De l'état de la sensibilité cutanée, dans le rhumatisme articulaire aigu;* par BATEBILLION. (Thèse de Paris, 1886.)

Dans le rhumatisme articulaire aigu, il existe souvent des troubles de la sensibilité cutanée (tact, douleur, température, réaction électrique); elle est quelquefois exagérée ou pervertie; mais, en général, elle est atténuée. Les troubles de la sensibilité électrique sont les plus fréquents et peuvent être isolés. La sensibilité faradique de la peau est diminuée ou complètement abolie, tantôt d'une façon passagère, tantôt pour un temps plus ou moins long après l'attaque. L'anesthésie électrique est ordinairement limitée à tout ou partie de la surface cutanée de l'articulation malade; elle peut s'étendre à toute la surface du membre malade. On peut rattacher à ces troubles de la sensibilité cutanée, quelques autres phénomènes, tels que diminution ou disparition des réflexes tendineux, parésie musculaire, parésie des fibres lisses de la peau, absence d'horripilation, de réflexe crémastérien,

atrophies musculaires. Schwalb, Benedickt, Brosdoff, Abramosvki, ont obtenu de bons résultats dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu par la faradisation de la peau au niveau des articulations malades, par séances journalières de cinq à dix minutes; l'auteur préconise le même traitement surtout dans les formes torpides de la maladie et lorsque le salicylate de soude est contre-indiqué ou inefficace. Ch. F.

XII. *Des rapports de la paralysie générale chez la femme, avec certains troubles de la menstruation*; par Petit. (Thèse de Paris, 1886.)

Le développement de la paralysie générale chez la femme, coïncide le plus souvent avec des troubles de la menstruation, consistant tantôt en un arrêt subit et définitif des règles, tantôt par une irrégularité; chez la femme, les rémissions de la paralysie générale coïncident souvent avec le rétablissement des fonctions menstruelles. Les femmes atteintes de paralysie générale qui n'ont pas de troubles mentruels, paraissent résister plus longtemps. Telles sont les principales conclusions qui découlent des faits réunis par l'auteur qui accentue trop franchement le rôle de la paralysie générale comme cause des troubles menstruels, la coïncidence nous paraît seule évidente. Il semble plutôt que toute la substance soit atteinte en même temps. Ch. F.

XIII. *Manuel pour l'instruction des infirmiers des hôpitaux d'aliénés.* (Boston : supplém, Uptam et Cie.)

Ce petit volume a été fait par une sous-commission de l'Association médico-psychologique pour servir de guide à ceux qui veulent consacrer leur temps et leur travail à soigner les aliénés. Le sujet est d'une importance pratique très grande, et non seulement les infirmiers d'asile, mais aussi les jeunes médecins qui entrent dans la pratique liront avec intérêt ce livre. Le style est dépouillé de termes techniques et est simple et clair.

Il est assez étonnant que jusqu'ici les écoles des hôpitaux aient prêté si peu d'attention à l'étude des méthodes correctes de soigner les aliénés. La décision prise récemment pour le Hudson River State Hospital pour aliénés d'organiser une école pour l'instruction des soins à donner aux aliénés est un bon pas de fait dans cet ordre d'idées. (*The New-York Medical Journal*, 20 novembre 1886, p. 585.) A titre de renseignements, nous rappellerons qu'il existe une *Ecole d'infirmiers* à l'asile Sainte-Anne, et dans les asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif.

XIV. *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière;* par J.-M. Charcot, recueillies et publiées par *Babinski, Bernard, Féré, Guinon, Marie, Gilles de la Tourette*, t. III, 86 figures. Paris, in-8°, 1887. Aux bureaux du *Progrès médical* et chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Nous n'avons pas besoin de consacrer un long discours au livre de M. Charcot. L'école qu'il a fondée, les ouvrages qu'il a publiés, les deux premiers volumes de ses Leçons qui constituent des chefs-d'œuvre du genre sont universellement connus et appréciés. Nous dirons seulement que ce tome III consacre définitivement les assises de l'enseignement neuropathologique de la Salpêtrière, et la création du cours officiel de clinique des maladies nerveuses que par son énergie, sa persévérance, son talent, le retentissement de ses recherches et de ses doctrines, l'éminent maître a imposée (voy. Première Leçon). Notre rôle se bornera à indiquer les titres des leçons contenues dans le présent volume :

Leçon II. *Atrophie; musculaire* qui succède à certaines lésions articulaires. — III. *Contractures d'origine traumatique.* Tic non douloureux de la face chez une hystérique. — IV. *Atrophie musculaire consécutive* au rhumatisme articulaire chronique. — V. *Amyotrophie et contracture réflexe d'origine articulaire,* Migraine ophthalmique, à la période initiale de la paralysie générale. — VI. *Hystérie chez les jeunes garçons.* — VII et VIII. *Deux cas de contracture hystérique* d'origine traumatique. — IX. Exemple d'une *affection spinale consécutive à une contusion du sciatique.* — X. *Sciatique double* chez une cancéreuse. Pachyméningite cervicale. — XI et XII. *Cécité verbale.* — XIII. Un cas de *suppression brusque et isolée de la vision mentale* des signes et des objets (formes et couleurs). — XIV. *Révision nosographique des amyotrophies.* — XV. *Tremblements et mouvements choréiformes*; *chorée rhythmée.* — XVI. *Spiritisme et hystérie.* — XVII. *De l'isolement dans le traitement de l'hystérie.* — XVIII et XIX. *A propos de six cas d'hystérie chez l'homme.* — XX, XXI, XXII. *Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique*, de cause traumatique. — XXIII et XXIV. Sur un cas de *coxalgie hystérique* de cause traumatique chez l'homme. — XXV. Sur un cas de *contracture spasmodique* d'un membre supérieur survenue chez l'homme en conséquence de l'application d'un appareil à fracture. — XXVI. Cas de *mutisme hystérique chez l'homme.*

Un appendice complète ces Leçons soit par des observations, soit par des notes complémentaires, telles, par exemple, que notions du sens musculaire, et mouvement volontaire, — guérison soudaine d'une hémiplégie hystérique, etc. Les deux premiers volumes des Leçons de M. Charcot sont arrivés à quatre et cinq éditions; celui-ci suivra certainement les traces de ses aînés.

P. Kéraval.

XV. *Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines de Loudun* (XVIe siècle). Autobiographie d'une hystérique possédée, d'après le manuscrit de la bibliothèque de Tours, annoté et publié par G. Legué et Gilles de la Tourette. Préface de M. le Professeur Charcot. Paris, in-8°, 1886. Aux bureaux du *Progrès Médical*, et chez Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Cinquième volume de la *Bibliothèque diabolique* de Bourneville, dont font partie le *Sabbat des Sorciers*, — *Françoise Fontaine*. — *Jean Wier*. — *La Possession de Jeanne Fery*, ce travail ne le cède pas en intérêt à ses aînés. En effet, cette hystéro-épileptique hallucinée, qui s'appelle *Sœur Jeanne des Anges*, a joué le rôle tragique que l'on connaît par le destin du malheureux Urbain Grandier, brûlé vif, sur ses dénonciations, comme suppôt du démon d'impureté et ensorceleur de tout le couvent. Histoire des Ursulines, histoire d'Urbain Grandier, histoire de Jeanne des Anges et des possédées de Loudun, voilà ce qu'on trouve dans ce livre, de concert avec l'étude nosographique de l'hystérie passionnelle démoniaque de cette femme particulièrement tourmentée par des hallucinations et des illusions de l'appareil génital. Son autobiographie se présente, dit M. Charcot dans sa préface, entre tous les documents que nous possédions déjà, avec un caractère très particulier de sincérité et de véracité. L'introduction nous donne d'ailleurs l'histoire du manuscrit lui-même. MM. Legué et Gilles de la Tourette tracent ensuite à part la vie de la malheureuse malade qui constitue pour les gens du monde, de même que pour les médecins, un spectacle vivement édifiant (qu'on nous passe cette expression), formé d'une série de tableaux écœurants, mais instructifs en nous prouvant que la superstition est fille de l'ignorance.

Enfin vient le manuscrit émaillé de notes relevant la nature hystérique des manifestations consignées par Jeanne des Anges, manifestations qui se rencontrent encore actuellement parmi nos malades contemporaines. Françoise Fontaine, Jeanne Féry, Jeanne des Anges sont en résumé trois grandes hystériques que les enseignements de M. Charcot nous permettent de mettre au point de la nosographie scientifique moderne et dont il nous est donné, grâce à la lumineuse méthode de la Salpêtrière, de pénétrer le fond pathologique à plusieurs siècles de distance. P. Kéraval.

XVI. *Traité de Médecine légale, de Jurisprudence et de Toxicologie*; par Legrand du Saulle, G. Berryer et G. Pouchet. (Deuxième édition. Un volume de 1680 pages avec 9 figures. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.)

A part l'ouvrage de Briand et Chaudé, déjà bien ancien,

XIV. *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière;* par J.-M. Charcot, recueillies et publiées par *Babinski, Bernard, Féré, Guinon, Marie, Gilles de la Tourette*, t. III, 86 figures. Paris, in-8°, 1887. Aux bureaux du *Progrès médical* et chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Nous n'avons pas besoin de consacrer un long discours au livre de M. Charcot. L'école qu'il a fondée, les ouvrages qu'il a publiés, les deux premiers volumes de ses Leçons qui constituent des chefs-d'œuvre du genre sont universellement connus et appréciés. Nous dirons seulement que ce tome III consacre définitivement les assises de l'enseignement neuropathologique de la Salpêtrière, et la création du cours officiel de clinique des maladies nerveuses que par son énergie, sa persévérance, son talent, le retentissement de ses recherches et de ses doctrines, l'éminent maître a imposée (voy. Première Leçon). Notre rôle se bornera à indiquer les titres des leçons contenues dans le présent volume :

Leçon II. *Atrophie musculaire* qui succède à certaines lésions articulaires. — III. *Contractures d'origine traumatique.* Tic non douloureux de la face chez une hystérique. — IV. *Atrophie musculaire consécutive* au rhumatisme articulaire chronique. — V. *Amyotrophie et contracture réflexe d'origine articulaire*, Migraine ophthalmique, à la période initiale de la paralysie générale. — VI. *Hystérie chez les jeunes garçons.* — VII et VIII. *Deux cas de contracture hystérique* d'origine traumatique. — IX. Exemple d'une *affection spinale consécutive à une contusion du sciatique.* — X. *Sciatique double* chez une cancéreuse. Pachyméningite cervicale. — XI et XII. *Cécité verbale.* — XIII. Un cas de *suppression brusque et isolée de la vision mentale* des signes et des objets (formes et couleurs). — XIV. *Révision nosographique des amyotrophies.* — XV. *Tremblements et mouvements choréiformes; chorée rhythmée.* — XVI. *Spiritisme et hystérie.* — XVII. *De l'isolement dans le traitement de l'hystérie.* — XVIII et XIX. *A propos de six cas d'hystérie chez l'homme.* — XX, XXI, XXII. *Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique*, de cause traumatique. — XXIII et XXIV. Sur un cas de *coxalgie hystérique* de cause traumatique chez l'homme. — XXV. Sur un cas de *contracture spasmodique* d'un membre supérieur survenue chez l'homme en conséquence de l'application d'un appareil à fracture. — XXVI. Cas de *mutisme hystérique chez l'homme.*

Un appendice complète ces Leçons soit par des observations, soit par des notes complémentaires, telles, par exemple, que notions du sens musculaire, et mouvement volontaire, — guérison soudaine d'une hémiplégie hystérique, etc. Les deux premiers volumes des Leçons de M. Charcot sont arrivés à quatre et cinq éditions; celui-ci suivra certainement les traces de ses aînés.

P. Kéraval.

XV. *Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines de Loudun* (XVI[e] siècle). Autobiographie d'une hystérique possédée, d'après le manuscrit de la bibliothèque de Tours, annoté et publié par G. LEGUÉ et GILLES DE LA TOURETTE. Préface de M. le Professeur CHARCOT. Paris, in-8°, 1886. Aux bureaux du *Progrès Médical*, et chez Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Cinquième volume de la *Bibliothèque diabolique* de Bourneville, dont font partie le *Sabbat des Sorciers*, — *Françoise Fontaine*. — *Jean Wier*, — *La Possession de Jeanne Fery*, ce travail ne le cède pas en intérêt à ses aînés. En effet, cette hystéro-épileptique hallucinée, qui s'appelle *Sœur Jeanne des Anges*, a joué le rôle tragique que l'on connaît par le destin du malheureux Urbain Grandier, brûlé vif, sur ses dénonciations, comme suppôt du démon d'impureté et ensorceleur de tout le couvent. Histoire des Ursulines, histoire d'Urbain Grandier, histoire de Jeanne des Anges et des possédées de Loudun, voilà ce qu'on trouve dans ce livre, de concert avec l'étude nosographique de l'hystérie passionnelle démoniaque de cette femme particulièrement tourmentée par des hallucinations et des illusions de l'appareil génital. Son autobiographie se présente, dit M. Charcot dans sa préface, entre tous les documents que nous possédions déjà, avec un caractère très particulier de sincérité et de véracité. L'introduction nous donne d'ailleurs l'histoire du manuscrit lui-même. MM. Legué et Gilles de la Tourette tracent ensuite à part la vie de la malheureuse malade qui constitue pour les gens du monde, de même que pour les médecins, un spectacle vivement édifiant (qu'on nous passe cette expression), formé d'une série de tableaux écœurants, mais instructifs en nous prouvant que la superstition est fille de l'ignorance.

Enfin vient le manuscrit émaillé de notes relevant la nature hystérique des manifestations consignées par Jeanne des Anges, manifestations qui se rencontrent encore actuellement parmi nos malades contemporaines. Françoise Fontaine, Jeanne Féry, Jeanne des Anges sont en résumé trois grandes hystériques que les enseignements de M. Charcot nous permettent de mettre au point de la nosographie scientifique moderne et dont il nous est donné, grâce à la lumineuse méthode de la Salpêtrière, de pénétrer le fond pathologique à plusieurs siècles de distance. P. KÉRAVAL.

XVI. *Traité de Médecine légale, de Jurisprudence et de Toxicologie*; par LEGRAND DU SAULLE, G. BERRYER et G. POUCHET. (Deuxième édition. Un volume de 1680 pages avec 9 figures. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.)

A part l'ouvrage de Briand et Chaudé, déjà bien ancien,

les livres français de médecine légale ne donnaient guère jusqu'ici que les notions indispensables à un examen de doctorat. Dès qu'un cas embarrassant se présentait, ils fournissaient d'assez pauvres éléments de recherches, et c'était dans les traductions d'Hoffmann et de Taylor que l'on devait puiser les renseignements nécessaires. Mais la manière de résoudre les questions médico-légales variant selon les législations, c'était encore tout un travail pour assimiler les résultats indiqués par le livre allemand ou anglais. Cette absence d'ouvrage magistral français suffisait déjà à expliquer le succès obtenu par le Traité de Médecine légale dont M. Legrand du Saulle a publié quelque temps avant sa mort une seconde édition, avec le concours de MM. G. Berryer et G. Pouchet. Mais ce succès se justifie par d'autres qualités, par la méthode suivie, par la clarté de l'exposition, l'abondance des observations et la richesse des matériaux d'étude. C'est un livre bien français; l'élégance du style associée à la finesse de la critique donne à la lecture de cet ouvrage un charme et un attrait tout spéciaux.

« L'idée dominante de toute ma vie scientifique, dit M. Legrand du Saulle, a été celle-ci : ouvrir une voie de communication entre la médecine et le droit, opérer en quelque sorte la fusion des deux sciences et rendre facilement assimilables pour tous les questions scientifiques ou légales les plus divergentes ou les plus ardues. » Cette idée maitresse, qui a également guidé l'éminent médecin-légiste dans la publication de son Traité, fait que son livre sera consulté aussi facilement et aussi utilement par l'avocat que par le médecin. Cependant, pour que ce résultat fût obtenu, il était de toute nécessité qu'un plan spécial, qu'un programme particulier présidât au groupement des nombreux sujets qui sont du domaine immense de la médecine légale. Cette méthode qui n'existe nulle part ailleurs dans les autres Traités, marque d'un cachet tout à fait original l'œuvre de M. Legrand du Saulle et de ses collaborateurs : elle prend l'homme à son berceau, l'étudie pas à pas, âge par âge, dans toutes les étapes de sa vie et le suit jusqu'à sa mort, jusqu'aux recherches cadavériques, jusqu'à l'analyse posthume du terrain en contact avec ses derniers restes presque disparus. C'est dans l'application sévère de cette méthode directrice qu'il faut chercher le secret de la précision de ce beau travail.

La première et la plus importante partie du livre est tout

entière de M. Legrand du Saulle. Elle comprend des recherches historiques sur l'origine de la médecine légale, des études sur la naissance, l'enfance, la puberté, le service militaire, le mariage, la séparation de corps et le divorce. Viennent ensuite les questions soulevées par la grossesse, l'avortement, l'accouchement, l'infanticide et les attentats aux mœurs. L'examen des coups, des plaies, des blessures, des différentes formes de l'homicide et du suicide est l'objet d'une observation très détaillée; mais ce sont surtout les questions relatives à l'aliénation mentale, aux névroses et aux maladies simulées qui se trouvent soumises au contrôle minutieux de M. Legrand du Saulle. La détermination de l'identité, celle des troubles apportés par la vieillesse, par l'agonie et par la mort, l'étude des empoisonnements, terminent cette première partie qui est écrite avec toute la verve du médecin distingué, dont la perte est aujourd'hui si sensible.

La jurisprudence médicale, traitée par M. Georges Berryer, fait l'objet de la seconde partie. Elle établit successivement les rapports des médecins avec le droit civil, avec le droit administratif, et avec le droit criminel : puis elle discute les lois qui régissent la profession médicale et indique les principes généraux de la déontologie. Ces différentes questions sont toutes très clairement posées et nettement résolues.

M. Gabriel Pouchet a donné dans la troisième partie, consacrée à la toxicologie, la preuve d'un esprit très érudit. Les applications de la chimie et de la micrographie à la médecine légale ne pouvaient rencontrer un historien plus compétent et plus exact.

XVII. *Les Maladies épidémiques de l'esprit. — Sorcellerie, magnétisme, morphinisme, délire des grandeurs;* par le Dr Paul REGNARD. Paris 1887. Plon, Nourrit et Cie, éditeurs, rue Garancière, 10, 1 vol. gr. in-8° de 430 pages, illustré de 120 gravures.

Il y a des maladies épidémiques sur l'esprit comme il y en a sur le corps; elles ont d'ailleurs les unes et les autres ce caractère commun de la variation dans le temps et de la diversité suivant les époques. L'une s'éteint, une autre apparaît : c'est d'abord la peste, puis vient la variole, puis le choléra, puis c'est bientôt le tour de la fièvre jaune; d'un autre côté, c'est la sorcellerie qui commence, remplacée deux siècles plus tard par la folie du magnétisme, du somnambulisme et représentée de nos jours par outes les aberrations de la morphinomanie et du délire des gran-

XIV. *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière;* par J.-M. Charcot, recueillies et publiées par *Babinski, Bernard, Féré, Guinon, Marie, Gilles de la Tourette*, t. III, 86 figures. Paris, in-8°, 1887. Aux bureaux du *Progrès médical* et chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Nous n'avons pas besoin de consacrer un long discours au livre de M. Charcot. L'école qu'il a fondée, les ouvrages qu'il a publiés, les deux premiers volumes de ses Leçons qui constituent des chefs-d'œuvre du genre sont universellement connus et appréciés. Nous dirons seulement que ce tome III consacre définitivement les assises de l'enseignement neuropathologique de la Salpêtrière, et la création du cours officiel de clinique des maladies nerveuses que par son énergie, sa persévérance, son talent, le retentissement de ses recherches et de ses doctrines, l'éminent maître a imposée (voy. Première Leçon). Notre rôle se bornera à indiquer les titres des leçons contenues dans le présent volume :

Leçon II. *Atrophie; musculaire* qui succède à certaines lésions articulaires. — III. *Contractures d'origine traumatique.* Tic non douloureux de la face chez une hystérique. — IV. *Atrophie musculaire consécutive* au rhumatisme articulaire chronique. — V. *Amyotrophie et contracture réflexe d'origine articulaire,* Migraine ophthalmique, à la période initiale de la paralysie générale. — VI. *Hystérie chez les jeunes garçons.* — VII et VIII. *Deux cas de contracture hystérique* d'origine traumatique. — IX. Exemple d'une *affection spinale consécutive à une contusion du sciatique.* — X. *Sciatique double* chez une cancéreuse. Pachyméningite cervicale. — XI et XII. *Cécité verbale.* — XIII. Un cas de *suppression brusque et isolée de la vision mentale* des signes et des objets (formes et couleurs). — XIV. *Révision nosographique des amyotrophies.* — XV. *Tremblements et mouvements choréiformes*; *chorée rhythmée.* — XVI. *Spiritisme et hystérie.* — XVII. *De l'isolement dans le traitement de l'hystérie.* — XVIII et XIX. *A propos de six cas d'hystérie chez l'homme.* — XX, XXI, XXII. *Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique,* de cause traumatique. — XXIII et XXIV. Sur un cas de *coxalgie hystérique* de cause traumatique chez l'homme. — XXV. Sur un cas de *contracture spasmodique* d'un membre supérieur survenue chez l'homme en conséquence de l'application d'un appareil à fracture. — XXVI. Cas de *mutisme hystérique chez l'homme.*

Un appendice complète ces Leçons soit par des observations, soit par des notes complémentaires, telles, par exemple, que notions du sens musculaire, et mouvement volontaire, — guérison soudaine d'une hémiplégie hystérique, etc. Les deux premiers volumes des Leçons de M. Charcot sont arrivés à quatre et cinq éditions; celui-ci suivra certainement les traces de ses aînés.

P. Kéraval.

XV. *Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines de Loudun* (XVIIe siècle). Autobiographie d'une hystérique possédée, d'après le manuscrit de la bibliothèque de Tours, annoté et publié par G. LEGUÉ et GILLES DE LA TOURETTE. Préface de M. le Professeur CHARCOT. Paris, in-8°. 1886. Aux bureaux du *Progrès Médical*, et chez Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Cinquième volume de la *Bibliothèque diabolique* de Bourneville, dont font partie le *Sabbat des Sorciers*. — *Françoise Fontaine*. — *Jean Wier*. — *La Possession de Jeanne Fery*, ce travail ne le cède pas en intérêt à ses aînés. En effet, cette hystéro-épileptique hallucinée, qui s'appelle *Sœur Jeanne des Anges*, a joué le rôle tragique que l'on connaît par le destin du malheureux Urbain Grandier, brûlé vif, sur ses dénonciations, comme suppôt du démon d'impureté et ensorceleur de tout le couvent. Histoire des Ursulines, histoire d'Urbain Grandier, histoire de Jeanne des Anges et des possédées de Loudun, voila ce qu'on trouve dans ce livre, de concert avec l'étude nosographique de l'hystérie passionnelle démoniaque de cette femme particulièrement tourmentée par des hallucinations et des illusions de l'appareil génital. Son autobiographie se présente, dit M. Charcot dans sa préface, entre tous les documents que nous possédions déjà, avec un caractère très particulier de sincérité et de véracité. L'introduction nous donne d'ailleurs l'histoire du manuscrit lui-même. MM. Legué et Gilles de la Tourette tracent ensuite à part la vie de la malheureuse malade qui constitue pour les gens du monde, de même que pour les médecins, un spectacle vivement édifiant (qu'on nous passe cette expression), formé d'une série de tableaux écœurants, mais instructifs en nous prouvant que la superstition est fille de l'ignorance.

Enfin vient le manuscrit émaillé de notes relevant la nature hystérique des manifestations consignées par Jeanne des Anges, manifestations qui se rencontrent encore actuellement parmi nos malades contemporaines. Françoise Fontaine, Jeanne Féry, Jeanne des Anges sont en résumé trois grandes hystériques que les enseignements de M. Charcot nous permettent de mettre au point de la nosographie scientifique moderne et dont il nous est donné, grâce à la lumineuse méthode de la Salpêtrière, de pénétrer le fond pathologique à plusieurs siècles de distance. P. KÉRAVAL.

XVI. *Traité de Médecine légale, de Jurisprudence et de Toxicologie*; par LEGRAND DU SAULLE, G. BERRYER et G. POUCHET. (Deuxième édition. Un volume de 1680 pages avec 9 figures. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.)

A part l'ouvrage de Briand et Chaudé, déjà bien ancien,

établissements de l'Europe ont pour but principal l'assistance des aliénés. Ces maisons ont été créées sous l'influence des idées anciennes, superstitieuses, et conservent encore des accessoires spéciaux qui ne correspondent pas toujours à une nécessité réelle de la psychiatrie actuelle. Pour modèle de maisons d'aliénés, peuvent servir les établissements construits sous la forme de maisonnettes séparées avec un intérieur se rapprochant autant que possible des maisons ordinaires et où tous les accessoires n'ont qu'un seul but, le traitement. Quant au régime, l'application large des travaux manuels jointe à une liberté raisonnablement employée est un moyen efficace entre les mains d'un aliéniste contemporain et utile surtout dans les maisons de santé qui possèdent des colonies agricoles. Tous les moyens coercitifs, toutes les mesures de restriction de la liberté des aliénés doivent être, à certaines conditions du moins, supprimés. Les hospices d'aliénés doivent être complètement séparés des maisons de santé. Auprès de chacune de celles-ci il doit exister une section pour l'observation préliminaire des malades. De même une section à part doit exister pour les convalescents.

Enfin il ne faut jamais oublier que l'âme de l'établissement — c'est le personnel : les employés ne seront admis qu'après un examen très attentif et très sévère. Cette intéressante communication a été suivie d'une discussion animée. D'après les Drs *Lion*, *Litvinoff*, *Sinani* et *Jatschourjinsky* il y aurait des inconvénients à séparer la maison de santé de la colonie agricole étant donné que les aigûs pour lesquels le travail manuel constitue souvent un auxiliaire important du traitement, ne pourront être envoyés à ces travaux. Ils ont parlé ensuite contre la suppression absolue de tous les moyens coercitifs qui, parfois, sont absolument nécessaires; et ils ont attaqué ce principe que le rôle principal dans une maison d'aliénés appartient aux employés tandis que, selon eux, il incombe, en réalité, au médecin, etc... Vient ensuite la communication du Dr Lion (d'Odessa), intitulée : « *Projet d'une maison de santé psychiatrique avec hospice* ». C'est une maison à type colonial avec des travaux largement organisés par les malades, de telle sorte que l'établissement puise dans ses propres forces les sources de son existence, car les malades eux-mêmes prennent part à la construction de l'établissement et par leurs travaux couvrent presque toutes les dépenses. Ce projet a obtenu un accueil défavorable. Le plus grand nombre des membres est d'avis qu'il est fondé sur des considérations purement théoriques. En réalité, la pratique a montré (par exemple dans l'établissement colonial de Kholmoff près de la ville de Novgorod) que les travaux des aliénés ne diminuent presque pas les dépenses exigées par leur entretien. Du reste, il faut considérer les travaux des aliénés non

comme une source de revenus, mais exclusivement comme un moyen thérapeutique de façon qu'il est absolument impossible, selon le vote du congrès, de recommander le projet de M. le Dr Lion. (*A suivre.*) J. ROUBINOVITCH.

LES MAISONS D'ALIÉNÉS EN RUSSIE.

SAINT-PÉTERSBOURG. — *Etablissements publics* : 1° Hôpital de Saint-Nicolas, médecin-directeur : M. Tschetschott; — 2° Hôpital de Saint-Panteleimon, méd.-dir. : M. Tschij; — 3° Hôpital de Fous les Souffrants, méd.-dir. : M. Tscheremschansky; — 4° Hôpital d'aliénés de l'empereur Alexandre III, méd.-dir. : M. Nikiforoff; — 5° Clinique des maladies mentales de l'Académie médico-chirurgicale militaire, méd.-dir. : M. le professeur Merjeëvsky; — 6° Section d'aliénés à l'hôpital militaire de Nicolas, méd.-dir. : M. Nikiforoff; — 7° Hôpital temporaire pour les femmes aliénées, méd.-dir. : M. Emalinovitsch.

Maisons privées : 1° Maison d'aliénés du Dr Stein, méd.-dir. : M. Nijegorodtzeff; — 2° Maison d'aliénés du Dr Frey; — 3° Hospice d'épileptiques et d'aliénés de la société protestante; — 4° Hospice d'idiots des deux sexes.

MOSCOU. — *Etablissements publics* : 1° Hospice d'aliénés, méd.-dir. : M. Derjavine; — 2° Section d'aliénés à l'hôpital de la Police.

Maisons privées : 1° Section d'aliénés à l'hôpital de la société « Exauce-moi »; — 2° Maison d'aliénés du Dr Bekker, méd. : M. Korsakoff; — 3° Maison d'aliénés des Drs Derjavine et Boutslé; — 4° Maison d'aliénés du Dr Polosoft; — 5° Maison d'aliénés de Mme Poloubeff; — 6° Maison d'aliénés des Drs Levenstein et Konstantinovsky; — 7° Maison d'aliénés du Dr Sawei-Mogilevitsch.

DÉPARTEMENTS. — Il existe une maison d'aliénés dans chacun des départements suivants : Arkhanguelsk, Astrakhan, Bessarabie, Varsovie, Wilno, Witebsk, Wladimir, Vologda, Volinsk, Woronèj, Wiatka, Prodnensk, Ekaterinoslave, Eniseisk, Irkoutsck, Kazan, Kalouga, Kiew, Kostroma, Kourland, Koursk, Lifland avec la ville de Riga, Loublin, Minsk, Moguilëff, Moscou, Nijni-Novgorod, Novgorod, la ville d'Odessa, Olonetzk, Orenbourg, Orlow, Pensa-Perm, Podolsk, Poltava, Pskow, Riazan, Samara, Saint-Péters. bourg, Saratow, Simbirsk, Smolensk, Tavrida (Crimée), Tambow, Twer, Tololsk, Tomsk, Toula, Oufim, Kharcow, Kherson, Tscher nigoff, Estland, Iaroslav.

Maisons privées : 1). A Odessa : Maison de santé et hospice d'aliénés des Drs Lion et Steinfinkel; — 2). A Riga : Maison spéciale pour les enfants arriérés du Dr Schreder.

De l'assistance des aliénés en Russie. — I. *Les aliénés dans le gouvernement de Saratow*, par M. Schteinberg (*Arch. de Psych.*, t. VI, n° 1, 1885. Kharcow). — II. *Sur l'état des aliénés dans le sud-ouest de la Russie*, par M. Soulima (Ibidem). — III. *Sur l'assistance des aliénés dans le gouvernement de Vologda*, par M. Maltzeff (*Messager de Psych.*, n° 1, Saint Pétersbourg). — IV. *Les aliénés dans les établissements de charité de Simphéropol* par M. Greidenberg (Ibidem).

Les maisons d'aliénés en Russie ont commencé seulement dans ces derniers temps à jouir d'une indépendance complète. Jusqu'à présent tous les établissements de ce genre n'étaient que des « corpora delicta » des hôpitaux généraux. Leur caractère spécial, lié, peut-être, à un préjugé populaire quelconque, leur a donné dans le public russe le nom étrange des « *maisons jaunes...* »

I. — L'établissement d'aliénés à Saratow était jusqu'à l'année 1884 un simple annexe de l'hôpital général de cette ville. Ne jouissant à cette époque d'aucune indépendance ni administrative ni médicale non seulement il n'était pas mis dans des conditions thérapeutiques spéciales qui conviennent au traitement des aliénés; mais, au contraire, sa disposition extérieure aussi bien qu'intérieure frappait par le mépris des règles hygiéniques les plus élémentaires. En 1884 ont commencé les réformes. L'indépendance était conquise.

D'autre part on y a introduit un peu d'hygiène. Mais trop peu par exemple...; si peu que les malades n'ont pas même un petit bout de terre libre où ils pourraient respirer un peu d'air pur; si peu qu'on entasse vingt-sept hommes dans une chambre dont la porte donne sur le cabinet; si peu qu'il n'y a pas même une chambre spéciale pour isoler un malade atteint de maladie contagieuse.

II. — Alors que presque partout ce sont les états provinciaux (Zemstwa) qui s'occupent des hôpitaux, au sud-ouest de la Russie les malades ont encore le malheur d'être soignés par le « Comité de charité publique ». Les établissements d'aliénés présentent dans ce pays des annexes des hôpitaux généraux. Un témoin oculaire, qui il y a quelques années, a visité un de ces annexes, raconte qu'il a trouvé dans deux ou trois petites chambres extrêmement sales près de quarante malades. Ils étaient tous couverts de haillons; quelques-uns entre eux se promenaient complètement nus ; on voyait sur leurs figures et leurs mains des ecchymoses récentes...

Le peuple conserve dans ce pays les opinions les plus fausses sur les aliénés. En cas de besoin il va consulter plutôt les sorciers que le médecin, parce que c'est beaucoup plus facile et moins coûteux:

pour placer un aliéné dans un hôpital il faut remplir un tas de formalités administratives ; il faut payer près de 8 roubles (20 francs par mois pour l'entretien du malade, et encore on ne trouve pas facilement une place libre.

III. — Les aliénés du gouvernement de Vologda ont porté le joug du « Comité de charité publique » jusqu'à l'année 1870. Les infirmiers avaient en ce temps-là une si jolie réputation que même encore maintenant on ne se souvient d'eux que comme des bourreaux armés de fouets et d'autres appareils répressifs. En 1870 les établissements de charité passent entre les mains des états provinciaux. Immédiatement une nouvelle maison se construit suivant les indications d'un médecin spécialiste. Il est vrai, cet établissement ne portait pas la marque de la nouvelle thérapeutique mentale. Mais grâce déjà aux quelques améliorations sanitaires apportées dans la vie des aliénés, la mortalité, nous dit le compte-rendu, a baissé et en même temps on a constaté une augmentation assez considérable des guérisons des maladies qui jusqu'alors passaient pour incurables. Actuellement, la situation de cet établissement, à cause principalement d'un entassement outré des malades, est des plus fâcheuses.

IV. — La maison d'aliénés à Simphéropol, après avoir passé, comme les hôpitaux mentionnés ci-dessus, toutes les phases difficiles dans son évolution, présente actuellement un aspect assez convenable. Voilà en peu de mots sa distribution. Quatre sections principales la composent. La première, l'hôpital psychiatrique proprement dit, renferme deux divisions, l'une destinée aux hommes, l'autre aux femmes. Le nombre des lits est de quarante. Vous trouvez dans chaque division une salle de récréation, une salle à manger, des dortoirs, une cabine d'hydrothérapie et plusieurs chambres d'isolement pour les violents. Chaque division est munie d'un grand jardin. Les chambres pour les violents ont chacune un jardin particulier. L'isolement entre les hommes et les femmes est complet.

La deuxième section est réservée pour les malades malpropres et les épileptiques. La troisème et la quatrième sont destinées aux chroniques.

Il existe encore une baraque pour vingt-deux malades qui travaillent régulièrement. Nous constatons, en effet, avec plaisir ce fait que, depuis deux ans, on a consacré un terrain assez grand pour un potager où les malades travaillent sous la direction d'un inspecteur spécial. Du reste, tous les travaux de la maison se font généralement par les malades. (*A suivre.*) J. Roubinovitch.

Des asiles d'aliénés écossais, anglais et français; par Siemerling[1]. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 2.)

Résultat d'une bourse de voyage (fondation Bose), sous les auspices de la faculté de Marbourg; ce compte-rendu a pour but, non de décrire les asiles visités, mais de résumer les formalités et les modes d'assistance des aliénés dans ces pays. Signalons les *soins des aliénés dans des familles en Ésosse*, moyennant 6 à 7 shillings par semaine, les paysans fournissent aux aliénés l'habitation, la nourriture, la surveillance; on en compte soixante au village de Kennoway am Firth of Forth, mais on a soin de ne soumettre à ce régime ni paralytiques généraux, ni épileptiques, ni aliénés sujets à de l'excitation maniaque, ni les déments trop avancés (Voy. le Board of Lunacy). En Écosse encore, il y a à s'arrêter au *système des portes ouvertes*, notamment à l'asile de Woodilce près Glasgow, où il n'y a pas une seule clef dans l'établissement, un gardien pour dix à douze malades; pas plus d'évasions qu'auparavant. Enfin, dans les mêmes pays le quartier d'aliénés annexé à la prison de Perth contient toutes les catégories de criminels aliénés et d'aliénés crâniens. — En *Angleterre*, Broadmoore est devenu le lien de séquestration des aliénés criminels, en ne restant qu'une station de passage pour des criminels aliénés qui, arrivés de Woking sont classés à Broadmoore et dirigés soit dans un asile ordinaire, soit à Parkhurst et à Dartmoor. Si, conclut l'auteur, on n'a pas encore poussé, en Angleterre, le système du no-restraint au même degré de perfection et de développement qu'en Ecosse, les asiles anglais sont cependant le vivant témoignage que ce système est applicable, à la condition qu'on ait de vastes salles de jour, *quantité de chambres d'isolement*, une confortable installation[2], et c'est justement dans le pays de Pinel, en France qu'on emploie le plus de moyens de contrainte[3], excepté dans le service de Magnan[4]. P. K.

Deuxième rapport sur l'enseignement en masse des enfants pauvres des écoles qui bégaient et balbutient, afin de les débarrasser de leurs vices de prononciation; par Berkhan. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 2,)

On a exercé par des procédés déjà exposés[5] quarante-quatre

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, V, 402. X, 240.

[2] Renvoyé aux architectes et à l'administration française.

[3] Tant que les médecins ne seront pas les maîtres et que les directeurs ne se borneront pas à n'être que de simples exécuteurs, il en sera ainsi. — (Rédaction.)

[4] On doit y ajouter notre service de Bicêtre (B.).

[5] Voy. *Archives de Neurologie*, X, 424. VIII, 328.

enfants divisés en quatre groupes, chaque groupe étant confié à un professeur de sourds-muets, une heure chaque jour. Total, soixante-dix-huit heures d'exercices. Un premier groupe était formé par quatre garçons et trois filles de sept à treize ans affectés de balbutiement; guérison sans rechute. Trente-sept bégayeurs de sept à quatorze ans (trente-cinq garçons, deux filles) furent répartis en trois groupes de dix, seize, onze élèves; dix, dont une fille subissaient l'enseignement spécial pour la seconde fois; on gradua les exercices et l'on obtint vingt-quatre guérisons, treize améliorations; sur les dix enfants qui étaient soumis à une seconde période de traitement (rechutes ou simples améliorations laissant craindre récidive) quatre guérirent, quatre restèrent améliorés.

P. K.

Un cas de contagion nerveuse; par Kreuser.

Le D[r] Kreuser rapporte l'histoire clinique d'une famille qui fournit un curieux exemple de folie communiquée.

Une jeune fille de dix-huit ans commença à ressentir de la mélancolie religieuse, avec hallucinations et obsessions, et n'ayant pas de traitement devint bientôt complètement aliénée. Elle passa tous ses jours et toutes ses nuits à prier et à faire prier ses parents avec elle. Au bout de quelque temps, la famille ferma portes et fenêtres, et tous s'assirent autour de la table avec la Bible et le livre de prières devant eux. Le père et la mère frappaient du poing sur la table et criaient continuellement : « Si c'est bien, cela doit être. » Tous ceux qui essayaient d'entrer étaient jetés dehors avec des coups. La plus violente de toutes était la plus jeune sœur de la malade atteinte la première. Finalement les voisins s'alarmèrent de cet état de choses et firent un assaut régulier de la maison, où ils pénétrèrent enfin et d'où ils transportèrent les habitants à l'hôpital. Là, ils devinrent peu à peu plus calmes et se rétablirent l'un après l'autre. (*Med. Record*, n° 7, p. 188. 1887. D'après *St. Petersburger Medicinische Wochenschrifs*, n° 36, 1886.)

De la folie comme motif de divorce au point de vue du droit psychiatrique; par A. Christoph. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLII. 6).

Etude des dispositions légales dans les divers états civilisés, rapprochée des connaissances psychiatriques accessibles à un jurisconsulte. *Conclusion* : Il n'y a pas lieu d'arrêter que, d'une façon absolue les maladies mentales seront un motif de divorce, mais bien conformément aux dispositions de la Saxe et du Gotha que « toute maladie mentale dont est atteint un des conjoints

peut devenir un motif de divorce pour l'autre conjoint quand une observation de trois années dans un asile public a permis aux malades de cet établissement d'attester que la maladie mentale en question est incurable ». « Le conjoint qui introduit une action en divorce est obligé non pas seulement de restituer la fortune du conjoint malade, mais encore d'assurer, selon ses moyens, les dépenses d'entretien de ce dernier, selon la classe sociale à laquelle il appartient, lorsque ses ressourses sont insuffisantes. » P. K.

Convulsions chez un jeune enfant par obstruction intestinale due a des matières fécales.

Le D[r] G.-W. Squires d'East Avon (New-York) rapporte le cas d'une petite fille de quinze mois, pour laquelle il fut appelé en toute hâte; il trouva l'enfant atteinte de convulsions avec secousses musculaires, pouces fléchis dans la paume de la main; les yeux étaient égarés et présentaient du strabisme. L'abdomen était très distendu, la palpation faisait reconnaître dans l'intestin des masses, dures, noueuses. La mère de l'enfant dit que celle-ci était constipée, et qu'en vain elle lui avait donné plus de trois cuillerées à café d'huile de ricin. Elle nourrissait habituellement son enfant de pommes de terre, de choux, de pain, de ce qu'elle mangeait elle-même. L'enfant criait sans cesse, courbé presque en deux. Une injection d'eau chaude savonneuse amena la contraction de l'intestin et l'expulsion d'une grande quantité de cybales dures, du volume d'une noix; l'enfant fut immédiatement soulagé et s'endormit. Au bout d'une heure, les coliques reparurent; nouvelle injection, et expulsion d'une quantité plus grande de fèces couvertes de mucus. On donna à l'enfant quelques grains de poudre de réglisse composée, les injections furent répétées sept fois, les déjections devinrent de moins en moins dures, acquirent une consistance presque normale. La soif, les convulsions cessèrent, l'enfant demanda à jouer, et devint vif, gai. — La mère avertit en outre le D[r] Schramm que la nuit qui précéda les convulsions l'enfant avait eu une attaque de faux croup, qui était sans doute d'origine réflexe. (*Medical Record*, 26 février 1887, p. 214.) R.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — *Nominations*. — M. le Dr Schils, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse, est nommé médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise) (3e classe) (arrêté du 22 janvier 1887). — M. le Dr Pons, médecin en chef de l'asile public de Saint-Pierre à Marseille, est nommé directeur-médecin de l'asile public de Saint-Luc (Basses-Pyrénées) (1re classe) (arrêté du 25 janvier). — M. le Dr Frièse est nommé médecin en chef de l'asile public de Cadillac (Gironde) (2e classe) (arrêté du 29 janvier). — M. le Dr Marandon de Montyel, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Dijon, est nommé médecin en chef à l'asile public de Saint-Pierre à Marseille (Bouches-du-Rhône) (2e classe) (arrêté du 8 février). — M. le Dr Febvré, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues, est nommé à l'asile de Ville-Évrard (Seine-et-Oise) (maintenu à la classe exceptionnelle) (arrêté du 28 février). — M. le Dr Maunier, médecin-adjoint à l'asile d'Aix (Bouches-du-Rhône), est nommé médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse) (poste créé 3e classe) (arrêté du 2 février). — M. le Dr Dericq, ancien interne des asiles publics de la Seine, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne) (2e classe) (arrêté du 5 mars).

Promotions. — MM. les Drs Dufour, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère), et Sizaret, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), sont promus à la classe exceptionnelle. — M. le Dr Danis, directeur-médecin à Saint-Dizier (Haute-Marne), est promu à la première classe. — MM. les Drs Peybernès, directeur-médecin à Bourges; Mabille directeur-médecin à Lafond-Larochelle ; Pierret, médecin en chef de Bron, sont promus à la 2e classe. — MM. les Drs Bessières, médecin-adjoint à Evreux ; Chaussinaud, médecin-adjoint à Fains ; Grima, médecin-adjoint à Saint-Luc, sont promus à la classe exceptionnelle. — M. le Dr Pichenet, médecin-adjoint à Auxerre, est promu à la 1re classe (arrêté du 12 février).

Faculté de droit de Paris. — M. le Dr Dubuisson, licencié en droit, médecin-adjoint à l'asile Sainte-Anne, a commencé le jeudi 13 janvier 1887, à 4 heures de l'après-midi, à la Faculté de droit de Paris, un cours libre sur les *maladies mentales au point de vue de la responsabilité et de la capacité*. Ce cours comprendra douze leçons. (*Annales médico-psychologiques*).

Hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière. — A partir du 1er février 1887, le service de M. le Dr Bourneville à l'hospice de Bicêtre a été dédoublé. M. Bourneville garde la section des enfants, et M. Ch. Féré, médecin-adjoint de l'hospice de la Salpêtrière, prend le service des adultes; — M. le Dr Séglas passe comme médecin-adjoint, de Bicêtre à la Salpêtrière.

Inspection générale des établissements de bienfaisance. — La Chambre des députés ayant supprimé quatre places d'inspecteur des établissements de bienfaisance et des prisons, M. le ministre de l'intérieur s'est conformé à cette décision de la façon suivante : l'un des inspecteurs des prisons, M. Nivelle, étant mort, la place a été supprimée ; — un autre inspecteur des prisons, M. Christian, a été nommé préfet et remplacé par M. Pellat, auparavant inspecteur général des établissements de bienfaisance ; — M. Maréchal-Lebrun, inspecteur des établissements de bienfaisance, sera appelé à un autre emploi ; — M. le comte de Flers et M. Ladreit de la Charrière ont été simplement remerciés.

Le corps des inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance reste en conséquence, composé ainsi qu'il suit : MM. Foville, Granier, Lefort, Napias et A. Regnard.

Société médico-psychologique. — *Prix Aubanel.* — M. Garnier, au nom d'un commission composée de MM. Falret, Magnan, Christian et Charpentier propose, comme sujet du concours du Prix Aubanel, la question suivante qui est adoptée : « Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme ». Ce prix d'une valeur de 2,400 francs, sera décerné en avril 1888. Les manuscrits devront être déposés avant le 31 décembre de l'année courante.

Prix Belhomme. — La commission du prix Belhomme composée de MM. Bouchereau, Dagonet, Féré, Foville et Séglas, rapporteur, propose aux candidats le sujet suivant : « Rechercher s'il existe des signes anatomiques, physiologiques ou psychologiques propres aux criminels. » — Ce prix ne devant être décerné qu'au mois d'avril 1889, la limite de dépôt des manuscrits est fixée au 31 décembre 1888.

Elections. — Après élections le bureau de la société est ainsi composé pour l'année 1887 : *président*, M. Magnan ; — *vice-président* : M. Cotard ; — *secrétaire général* : M. Ritti ; — *secrétaires annuels* : MM. Charpentier et Garnier ; — *comité de publication* : MM. Ballet, Briand, Féré ; — *comité des finances* : MM. Metivié, Guignard ; — *trésorier* : M. A. Voisin. Les deux présidents sortants sont adjoints aux membres du bureau pour former le conseil de famille.

Bromure de magnésium. — Le bromure de magnésium est employé à l'hôpital de Philadelphie, section des aliénés, comme un puissant sédatif du système nerveux. On fait une solution en saturant l'acide bromhydrique (Densité = 1,077, contenant 10 p. 100 d'acide réel HBr), par le carbonate de magnésie et filtrant. La solution, légèrement teintée en jaune, est incolore, amère et saumâtre au goût, d'une densité de 1,122, miscible sans précipitation avec parties égales d'alcool. Elle est administrée à la dose de 2 fluidrachmes (7 cent. cubes 4) contenant environ 7 grains (0 gr. 453) de bromure de magnésium (*Pharmaceutical Journal*).

Les asiles d'aliénés et la politique. — Le comité des hôpitaux a été averti qu'à l'asile d'aliénés d'Indiana, on se servait de beurre rempli de vers, et qu'on en avait jeté soixante livres dans l'égout avant la visite du comité. Un témoin a prouvé qu'on avait reçu un troupeau de porcs, atteints du choléra, dont plusieurs moururent; on avait tué quelques-uns de ces animaux, sur des tables venant de l'enclos où les autres gisaient morts. (*Médical. Record*, 26 février 1887, p. 246.)

De l'ablation des ovaires comme cure de l'épilepsie. — Le Dr Schramm rapporte deux cas dans lesquels il a enlevé les ovaires sains pour combattre l'épilepsie. Ces deux malades ont guéri ; tout au moins, aucun accès ne s'est produit depuis l'opération, c'est-à-dire depuis plus d'un an. (*Medical Record*, 26 février 1887, p. 246.)

Mégalocéphalie. — Le cerveau de feu le professeur Edward Olney, de l'université de Michigan pesait 1,830 grammes. Ce poids est rarement dépassé, et on n'en a guère enregistré plus de quatre ou cinq exemples. Le cerveau d'Abercrombie et celui de Schiller pesaient 1,890 grammes. (*Med. Record*, n° 7, p. 192, 1887).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Azam. — *Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité, avec une préface* de M. le professeur J. M. Charcot Volume in-18 de 284 pages. Prix 3 fr. 50. — J.-B. Baillière, éditeurs.

Binet (A.) et Féré (Ch.). — *Le Magnétisme animal* Volume in-8° cartonné de 284 pages, avec 15 figures dans le texte. Prix : 6 fr. — Paris, 1886. — Librairie F. Alcan.

CHARCOT (J.-M.). — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, professées à la Salpêtrière et recueillies par MM. BABINSKI, BERNARD, FÉRÉ, GUINON, MARIE et GILLES DE LA TOURETTE. — Tome III, 2e fascicule. Un volume in-8° de 380 pages avec 64 figures dans le texte. — Prix : 9 fr.; pour nos abonnés, prix : 6 fr. — Ce fascicule complète le tome troisième.

DUFOUR (E.). — *Asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère). — Compte rendu du service médical pendant l'année* 1885. Brochure in-8° de 19 pages. Grenoble, 1886. — Imprimerie F. Allier.

GUDER (P.). — *Die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen unter besonderer Berücksichtigung ihrer gerichtsärztlichen Beurteilung.* Brochure in-8° de 107 pages. — Iéna, 1886. — Verlag von Gustav Fischer.

HOVELACQUE (A.) et HERVÉ (G.). — *Précis d'anthropologie.* Volume in-8° de 655 pages, avec 20 figures. — Prix : 10 fr. - Paris, 1886. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier.

PUBLICATIONS DU PROGRÈS MÉDICAL. — *Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines à Loudun, XVIIe siècle* Auto-biographie d'une hystérique possédée d'après le manuscrit inédit de la Bibliothèque de Tours. — Annotée et publiée par MM. les Drs G. LEGUÉ et G. DE LA TOURETTE. — Préface de M. le professeur CHARCOT, membre de l'Institut. — Un beau volume in-8° de 330 pages. Papier vélin, prix : 6 fr.; pour nos abonnés : 4 fr. — Papier Japon, prix : 25 fr.; pour nos abonnés : 20 fr.

RAFFAELI (V.). — *La suggestione terapeutica.* Brochure in-8° de 41 pages. — Napoli, 1887. — Tipografico A. Tocco.

ROSS (J.). — *On aphasia : Being a contribution to the subject of the dissolution of speech from cerebral disease.* Vol in-8° cartonné de 128 pages avec figures. — London 1887. — J. et A. Churchill.

AVIS A NOS LECTEURS. — *Nous appelons vivement l'attention de nos lecteurs sur la* DISCUSSION, AU SÉNAT, DE LA NOUVELLE LOI SUR LES ALIÉNÉS. *En reproduisant ces débats, nous croyons être agréable à tous les médecins des asiles d'aliénés, de quelque nationalité qu'ils soient. De plus, nous insérerons dans la mesure du possible, les lettres commentant ou critiquant cette discussion qu'ils voudraient bien nous adresser. — Enfin, nous prions ceux d'entre eux dont l'abonnement vient d'expirer de bien vouloir nous adresser le montant de leur réabonnement.*

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Evreux Ch. Hérissey, imp. — 287.

Vol. XIII. Mai 1887. N° 39

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

DE L'ÉPILEPSIE PROCURSIVE;

Par BOURNEVILLE et P. BRICON.

Sous le nom d'Épilepsie procursive (*Epilepsia procursiva* des anciens auteurs), nous nous proposons d'étudier une forme particulière de l'épilepsie, dont les accès, au lieu de présenter les phases habituelles, sont constitués par une *course* ou *propulsion* rapide en *ligne directe* dans l'axe horizontal du corps, ou avec *rotation* à grands cercles, d'une durée ne dépassant jamais celle d'un accès épileptique ordinaire, ne s'accompagnant pas le plus souvent de chute et n'étant pas suivi de coma, mais se compliquant d'une congestion très forte de la face.

Cette forme de l'épilepsie, dont on trouve des exemples assez nombreux, surtout dans les auteurs anciens, a été décrite sous des noms très divers et parfois confondue avec la chorée ou d'autres affections nerveuses. Nous verrons plus tard, quand nous traiterons de l'*anatomie pathologique*, qu'elle semble devoir être

classée parmi les *épilepsies symptomatiques* d'une lésion encéphalique qui paraît *constante*.

Dans une première partie nous traiterons de l'*épilepsie procursive proprement* dite, c'est-à-dire des cas où la *course* constitue à elle seule l'*accès épileptique*; mais nous aurons dans la suite à citer des faits qui prouvent que l'acte procursif peut, plus tard, être suivi d'un accès ordinaire ou disparaître complètement pour faire place à l'épilepsie vulgaire. Cette succession possible des phénomènes cliniques explique pourquoi les auteurs ont considéré la procursion tantôt comme un vertige, tantôt comme un accès complet ou incomplet. Les faits qui nous sont personnels nous permettent de nous ranger plutôt à l'opinion des médecins qui considèrent ces accidents comme des accès incomplets. — Ce n'est pas à dire pour cela que le *vertige*[1], ne puisse jamais être accompagné de *mouvements automatiques;* l'*absence* elle-même peut consister en un simple acte automatique, mais alors on n'a nullement affaire à une procursion véritable, mouvement précipité de peu de durée, automatique si l'on veut, mais caractérisée par une course remplaçant les périodes tonique et clonique de l'accès ordinaire.

Pour compléter l'étude de l'épilepsie procursive nous étudierons ensuite les *actes automatiques*, à caractères plus ou moins procursifs, qui accompagnent le *vertige* et l'*aura,* ou qui sont *consécutifs* à l'accès; nous diviserons donc notre sujet de la manière suivante :

[1] Perte de connaissance, avec sensation de tournoiement, accompagnée ou non de quelques phénomènes convulsifs de peu de durée et d'intensité.

I. *Épilepsie procursive* proprement dite, ou accès épileptiques essentiellement constitués par la course. — II. *Epilepsie avec aura procursive*, soit que celle-ci ait dès l'abord été isolée, soit qu'après avoir été suivie d'un accès épileptique ordinaire, elle ait enfin disparu totalement. — III. *Epilepsie avec procursion consécutive*. — IV. *Vertiges procursifs*. — V. *Anatomie pathologique*. — VI. *Pronostic et diagnostic*. — VII. *Considérations générales* sur la *Physiologie* et l'*Etiologie des mouvements procursifs*. — VIII. *Traitement*.

I. Epilepsie procursive proprement dite.

Dès l'abord, avant tout historique, nous croyons utile pour mieux faire comprendre au lecteur ce que nous entendons par *épilepsie procursive* de donner quelques exemples de cette maladie. — Le premier concerne un malade atteint déjà depuis longtemps de nombreux accès épileptiques quotidiens à type procursif.

Observation I. — Epilepsie procursive.

Père neurasthénique, sujet à des céphalalgies. — Grand'mère paternelle morte apoplectique (hémiplégie gauche), neurasthénique, migraineuse, tremblement choréiforme de la tête vers trente ans. — Deux oncles peu intelligents. — Aïeule maternelle aliénée. — Demi-frère mort de méningite. — Sœur morte phtisique.

Peurs de un à quatre ans. — Début des accès procursifs à treize ans. — Perversité des instincts. — Héméralopie. — Cauchemars. — Aura. — Description des vertiges et des accès. — Rixes, évasions et vols nombreux. — Onanisme. — Pédérastie. — Dernière évasion : vagabondage, tentative de vol. — Arrestation.

— Condamnation à un an et un jour d'emprisonnement. — Démarches nombreuses faites auprès du préfet de police, du ministre de la justice, du ministre de l'intérieur, du président de la République, du procureur général, pour faire sortir le malade de prison.— Insuccès complet. — Réintégration dans le service à l'expiration de sa peine. — Traitement: Hydrothérapie, aimant, nitrate de pilocarpine.

Grandidi... (Charles), né le **20** novembre **1860**, **est entré à** Bicêtre le 2 mai **1881** (service de M. Bourneville).

Antécédents (*Renseignements fournis par sa mère et son grand-père paternel.* (6 mai 1881.) — *Père*, quarante-huit ans, cordonnier, de petite taille, « faible de tête », se tourmente pour les choses les plus insignifiantes, n'a pas de caractère, jouit d'une bonne santé ; il aurait eu, de l'âge de treize ou quatorze ans à quarante-six ans, des maux de tête fréquents et violents accompagnés de bourdonnements d'oreilles, mais sans vomissements, ni vision colorée; il n'est ni colérique, ni alcoolique. [*Père*, soixante-dix-sept ans, homme de peine ; pas d'excès de boisson, pas de migraine. — *Mère*, morte à l'âge de soixante-dix-neuf ans, en douze jours, d'une *attaque d'apoplexie* avec hémiplégie gauche ; elle aurait été très nerveuse, très impressionnable : impatiences, colères, *migraines* (céphalalgie violente avec vomissements glaireux) ; *tremblement de toute la tête* vers trente ans augmentant par les émotions. Deux *frères:* l'un est bien portant; l'autre *tremble des mains* (cinquante ans)[1], pas d'excès de boisson ; tous deux sont médiocrement intelligents ; pas d'enfants. Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas de difformes, pas de suicides, pas de criminels dans la famille.]

Mère, cinquante six ans, brune, de taille moyenne, bien portante, ni migraineuse, ni nerveuse, mariée une première fois à dix sept ans et demi, a eu cinq enfants : un a été tué à Sedan ; deux sont morts, l'un d'une *méningite* avec convulsions, l'autre à la naissance : les deux autres sont bien portants ; remariée à vingt-sept ans. [*Père*, quatre-vingt-cinq ans, cordonnier, « n'a jamais vu un médecin »; pas d'excès de boisson. — *Mère*, quatre-vingt-cinq ans, femme de ménage, bien portante [2]. — Deux

[1] C'est l'aîné, il n'est que frère de mère ; né avant le mariage.

[2] Elle est morte en juin 1882, de bronchite avec dyspnée.

frères morts l'un écrasé par une voiture (aurait eu des manifestations strumeuses), et l'autre, peintre en bâtiments, de cachexie saturnine avec catharre pulmonaire (il avait un eczéma) ; tous deux ont laissé des enfants bien portants. — Sa *grand'mère paternelle* aurait été *aliénée* (admise à la Salpêtrière, il y a environ cinquante ans, elle aurait guéri). Pas d'autres aliénés, etc., dans la famille.] Pas de consanguinité.

Deux enfants du second mariage : 1° *Fille* morte à 22 ans de la poitrine ; 2° *notre malade.*

Grossesse bonne, pas de traumatisme, pas d'alcoolisme (lors de la première grossesse du premier lit, elle avait souvent envie de boire du cognac). *Accouchement* naturel, rapide, à terme. Rien d'anormal *à la naissance.* Élevé en nourrice au sein, Gr... a été repris à onze mois, il était alors maigre et chétif, ne marchait ni ne parlait, on ne sait s'il avait eu des convulsions, la nourrice n'ayant donné aucun renseignement. Peu après on s'est aperçu que l'enfant avait des « peurs » : il criait la nuit, on le trouvait avec les yeux grands ouverts ; on le prenait, il cachait sa tête « dans mon estomac ». Rassuré au bout de cinq minutes on le recouchait et il s'endormait. Les peurs se sont reproduites jusqu'à quatre ou cinq ans presque toutes les nuits. Il a marché et parlé à seize mois, a été propre à la même époque. Vers quatre ou cinq ans, les *peurs* ont disparu ; on l'a envoyé à l'école où il apprenait passablement; la mémoire était assez bonne; il était doux et affectueux, mais très turbulent; il n'était pas colérique ; le sommeil était devenu tranquille (ni secousses, ni absences, ni cris). Vers treize ans, on s'aperçut que, tout d'un coup, en travaillant, il devenait « rouge, rouge pourpre, les yeux étaient injectés de sang, il se levait, *courait* dans la chambre » ; si la crise avait lieu dans la rue, il *courait* alors « très vite » tout droit jusqu'à ce que ce fût fini ; il s'arrêtait « tout court », revenait à lui, et était « tout honteux ».

Au début, Grand... avait une crise tous les huit jours, puis de trois en trois jours, enfin tous les jours ; ces crises seraient les mêmes qu'aujourd'hui ; le malade ne *tombe pas* ; il ne prévient pas ; il dit cependant qu'il *sent venir.* Pas de cri. Quand les crises ont lieu dans la nuit, il se débat dans le lit, semble donner des coups ; pas de stertor, pas de miction involontaire; pas de folie. L'intelligence et la mémoire n'au-

raient pas diminué. Il ne serait pas devenu irascible, aurait conservé les sentiments affectifs. Il travaillait à la cordonnerie chez ses parents. Pas de fièvres éruptives, pas d'accidents strumeux. « A mon idée », dit la mère, « l'enfant aurait eu une *peur* avec la nourrice, puisque mes autres enfants n'ont jamais rien eu. »

A seize ans de complicité avec quelques-uns de ses camarades, il vole les bijoux de sa mère et de sa sœur et les vend. — Déjà, du reste, peu après le début de ses accès, mis en apprentissage chez un ébéniste, il en était renvoyé après cinq à six mois, pour paresse, vol et vagabondage ; son patron l'avait repris jusqu'à trois fois.

Etant chez son père, il se fait arrêter à diverses reprises pour bris de carreaux, de glaces, vol de pommes de terre frites, etc. Son père l'a fait renfermer deux fois (un mois chaque fois), à la petite Roquette. — Trois fois il a fait perdre à son père sa place de concierge.

A seize ans, il est mis à la colonie de Mettray, où il reste quatre ans. — Repris par son père qui essaie en vain de le faire travailler avec lui de son métier de cordonnier, il entre ensuite à la Charité où il reste six semaines et de là est envoyé à Bicêtre.

Etat actuel (17 mai 1881). — *Tête* ovale, symétrique ; la région occipitale est modérément développée ; les bosses pariétales, les apophyses mastoïdes ne sont pas proéminentes ; les cheveux sont bruns, abondants.

	1881	1887
Grande circonférence.	54	54
Diamètre antéro-postérieur . .	17 1/2	18
Grand diamètre transversal. . .	14 1/2	14,7
Petit — — . . .	12	12,1

Le *front* moyen, assez large, présente quelques rides transversales et une ride médiane verticale s'étendant de la racine du nez à quelques centimètres au-dessus ; les bosses frontales sont peu marquées. Les oreilles (cinq centimètres et demi) sont bien ourlées ; le lobule est complètement adhérent. Les arcades sourcillières sont assez saillantes, surtout à leur partie interne. *Face* ovale, osseuse, symétrique. Les yeux, bien fendus, n'offrent aucune lésion ; iris marron, sourcils et cils noirs, assez longs et assez fournis. Le nez, droit, est un peu large. La

bouche mesure 6 cent. 5 ; les lèvres sont minces, normales, le menton est rond.

Le *cou*, assez large, a 33 centimètres. — Le *thorax* est symétrique, normal ; les muscles pectoraux sont bien dessinés. — L'*abdomen* est souple ; le foie, la rate n'offrent rien de particulier.

Organes génitaux : la verge est très développée ; le gland est découvert. Les testicules sont normaux. Poils noirs assez abondants au pénil. Les ganglions inguinaux des deux côtés sont légèrement hyperdrophiés ; manustupration[1].

Les *membres supérieurs* sont bien conformés, velus. Sur la face antérieure de chaque avant-bras, se voit un tatouage bleu représentant une ancre. Cicatrices de vaccin.

Les *membres inférieurs* sont bien développés et velus. Sur les orteils, cicatrices provenant d'engelures. A la partie externe du genou gauche, cicatrice un peu déprimée, lisse, blanche, entourée d'un cercle brunâtre (un centimètre de diamètre) ; une autre cicatrice plus petite, plus déprimée, au tiers supérieur et externe de la jambe gauche ; une cicatrice de même nature au-dessous du mollet droit, à la partie postéro-interne ; le malade dit que ces diverses cicatrices proviendraient « d'un mal qui lui serait venu » il y a quelques années. (furoncles?) — Le *réflexe tendineux* est très peu développé.

Tube digestif, digestion. — Les arcades dentaires sont régulières ; la dentition est normale (deux dents cariées) ; la voûte palatine est profonde ; la langue, le voile du palais, la luette, les amygdales, le pharynx sont normaux. — Les *fonctions digestives sont normales* ; les selles sont volontaires. — *Respiration et circulation* : Rien de particulier à noter. P. 60 ; R. 24.

Sensibilité générale et spéciale : normales. Au dire du malade il aurait été, il y a cinq ans, atteint d'une *héméralopie* passagère qui ne se produisait qu'à la tombée de la nuit, et cela

[1] Examen des organes génitaux du 27 mai 1885 : Poils noirs abondants remontant, en diminuant jusqu'à l'ombilic et descendant jusque sur les cuisses ; bourses pendantes surtout à gauche ; testicules de la grosseur d'une petite noix. — Verge bien développée (circonférence : neuf et demi, longueur : 10). — Gland en partie découvert, découvrable. — Méat légèrement étroit. — Poils abondants à l'anus.

pendant trois ou quatre jours de suite; elle disparaissait alors quelque temps pour reparaître ensuite. — Le *dynamomètre* donne à droite cinquante-sept et à gauche quarante-cinq.

Les *facultés intellectuelles* paraissent assez bien conservées ; Grandid... est très peureux dès que la nuit est venue; un soir, étant seul et ayant entendu un chat, il a voulu se jeter par la fenêtre. Il a quelquefois des cauchemars ; dans la nuit du sept au huit décembre, on l'a entendu appeler tout haut; « Maman ! papa ! »

Aura. — Le malade semble avoir une aura ; il dit ressentir un engourdissement qui, partant de l'extrémité du pied droit, occuperait la face externe et dorsale de celui-ci, gagnerait la partie latérale du thorax, la moitié droite de la face, enfin la tête. Pas d'hallucinations de la vue, pas de phosphènes. Grandid... ne ressentirait rien du côté du membre supérieur; la durée de cette aura serait très brève. Avant l'accès, il s'écrierait parfois: « Oh ! la! la! la!» Il tombe aussi sans être prévenu.

Description d'un vertige. — Le malade, occupé ou non, s'arrête tout à coup, porte la main droite à la joue du même côté qui présente quelques mouvements cloniques et qu'il frotte à différentes reprises. Il revient à lui presque de suite ; interrogé, il dit que ce n'est qu'un vertige et qu'il a ressenti un engourdissement de la joue droite.

Description d'un accès. — Les accès sont ainsi caractérisés: le plus souvent, après avoir présenté les phénomènes de l'aura décrits plus haut, sans cri initial, *il se met à courir tout droit devant lui* si l'espace est assez vaste ; si l'accès a lieu dans la salle ou dans la cour, il fait deux ou trois tours rapidement ; la face est fortement congestionnée, sans cyanose. Tout en courant, il secoue la tête, se frotte la joue droite et quelquefois les deux côtés de la face avec les mains ; en même temps, il fait entendre une espèce de bourdonnement produit par le *tremblement des lèvres.* Il évite généralement les obstacles qui peuvent se trouver sur son passage (le malade prétend voir trouble pendant l'accès), mais parfois il s'accroche avec les mains aux objets qu'il rencontre, et, en ce cas, s'il ne les a saisis que d'une main, il s'enroule en quelque sorte autour d'eux. Il ne tombe jamais. Aussitô arrêté, ce qui a lieu

brusquement, il paraît étonné, se remet de suite et continue ce qu'il était en train de faire.

S'il est assis, il se lève, court et revient souvent à sa place tout en courant et sans avoir eu connaissance de ce qui vient de se passer. Le 4 décembre 1881, Grandid... étant sorti et se trouvant en omnibus, en sort subitement en courant et revient. Dans la même journée, étant à table chez ses parents, il se lève, se met à courir, sort et va s'accrocher des deux mains au deux roues de derrière d'un fiacre en marche.

S'il est au lit, quelquefois on observe les phénomènes que nous venons de décrire, mais parfois l'accès se trouve modifié ; le malade ne se lève pas ; on n'observe pas de période tonique, mais seulement de grands mouvements de rotation incomplète qui portent le corps de droite à gauche et de gauche à droite, les deux mains appliquées devant la face et la frottant. Ces mouvements de rotation peuvent être accompagnés de sauts de tout le corps, ou remplacés par ceux-ci. Dans ces derniers temps, il lui est arrivé, mais rarement, d'uriner sous lui pendant les accès.

Dans un accès auquel nous avons assisté, le 6 décembre 1881, le malade étant couché, nous avons noté de grands mouvements étendus à droite ; le côté gauche était peu secoué ; Grandid..., faisait un demi-tour de droite à gauche, puis de gauche à droite. Pendant la durée (cinquante secondes) de cet accès, il émettait un son se rapprochant du mot « oue » répété fréquemment. Les pupilles, examinées aussitôt l'accès terminé, étaient légèrement dilatées, le pouls battait 84 ; mais presque aussitôt le pouls et les pupilles sont revenus à leur état normal.

Les accès semblent dans ces derniers temps s'être quelque peu modifiés; ainsi il arrive maintenant plus fréquemment que Grandid... se lève de son lit dans ses accès ; aussi doit-on l'y maintenir attaché. — Les accès sont principalement *nocturnes*.

13 *juillet*. — Le malade a été renvoyé de la cordonnerie ; le chef d'atelier prétend qu'il gaspille la marchandise par méchanceté ; qu'il vole divers petits objets, est insolent, paresseux, passe son temps à faire des niches aux autres malades ; qu'enfin il a fait manger à Ar..., malade vorace, des boulettes de viande mêlées à des matières fécales.

27 *août*. — Hier Grandid... a dérobé une chaîne d'acier au

malade Mart.., et, comme celui-ci la réclamait, il lui a donné une « pile ». — Hydrothérapie à partir d'aujourd'hui.

12 *octobre*. — Rixe avec un autre malade.

20. — Traitement par l'aimant en fer à cheval (une heure chaque matin).

1er *novembre*. — Suppression des douches. L'aimant en fer à cheval, appliqué d'abord sur le vertex, est maintenant appliqué sur la nuque (en contact).

4. — Grandid... prétend que depuis près d'un mois il avait des vertiges presque continuels, mais que depuis une semaine ils sont devenus assez rares.

15 *décembre*. — Suppression du traitement par l'aimant [1].

31. — Le malade est renvoyé de l'atelier pour vol, faux et attentats à la pudeur.

1882. 30 *janvier*. — Angine simple.

1er *février*. — *Injection hypodermique* de 0 gr. 005 de *nitrate de pilocarpine*.

7. — Injection de 0 gr. 01 de nitrate de pilocarpine.

23. — Injection de 0 gr. 015.

3 *mars*. — Cessation des injections sous-cutanées. *Julep*, avec 0 gr.25 de nitrate de pilocarpine. — 1er *avril*. — *Hydrothérapie*. Julep avec 0 gr. 03. — 15 *mai*. — Julep avec 0 gr. 04. — 1er *Juin*. — Julep avec 0 gr. 02. — 12. — Julep avec 0 gr. 03.

13 *juin*. — Dimanche, G... est sorti avec son grand-père paternel, administré de Bicêtre, et sous prétexte d'aller chez le marchand de tabac, il s'est sauvé; il est rentré seul le soir à Bicêtre vers 9 heures. — Hier (12 *juin*) il s'est sauvé de l'hospice en escaladant les murs de la buanderie et du marais. Une fois dans les champs il aurait vendu la veste de la maison. Evadé à midi il n'est allé à la maison de son père que vers minuit ; il s'y est blotti derrière une porte, mais son père prévenu par un locataire l'a fait rentrer chez lui. — Ramené ce matin, on l'envoie à la Sûreté.

20. — Julep avec 0 gr. 04 centigr. de nitrate de pilocarpine.

[1] Cette première partie de l'observation a déjà paru sous le titre *d'épilepsie procursive* dans la thèse de l'un de nous. P. Bricon. — *Du traitement de l'épilepsie. (Hydrothérapie, arsénicaux, magnétisme minéral, de sels pilocarpine*. Paris 1882, p. 225.

4 *juillet.* — Nouvelle rixe avec un malade à la suite de laquelle il injurie le sous-surveillant.

6. — Il sort de la Sûreté pour rentrer dans le service.

15 *août.* — Julep avec 0 gr. 06 centigr. de nitrate de pilocarpine. Bien que le tableau des vertiges ne mentionne pas de vertiges, il en aurait eu souvent de fugaces.

1er *décembre.* — Suppression du traitement par la *pilocarpine* et *l'hydrothérapie.*

1883. 6 *février* (mardi-gras). — Dans l'intention de s'évader il avait revêtu ses habits de sortie en les déguisant par ceux de l'hospice, mais le pantalon de ville étant plus long que celui de l'asile l'a trahi. Envoyé à la Sûreté, il a été trouvé porteur de quatorze francs provenant non de son travail, mais probablement soit de vols (on signale depuis quelque temps la disparition de porte-monnaies dans le service), soit de vente de tabac aux enfants.

On apprend en outre que récemment, lors d'une sortie avec son grand-père, il l'a abandonné pour aller au cirque, puis avec une femme, du moins à ce qu'il dit; il est envoyé à la Sûreté. — Il est remonté dans le service le 13 février.

7 *mars.* — Un vol d'argent et de friandises accompli de complicité avec deux de ses camarades nécessite son renvoi à la Sûreté.

25 — Tous les mois son grand-père le conduit chez son père, ou parfois chez d'autres parents. Il est rare que dans ces sorties il ne fasse pas quelque mauvais tour; c'est ainsi que dernièrement il aurait volé un lapin.

9 *avril.* — *Traitement hydrothérapique.*

27 *avril.* — *Description d'un accès.* Le malade était assis sur une chaise dans notre cabinet; il se lève tout d'un coup, se précipite en courant par la porte jusqu'à l'extrémité de la cour qui mesure environ 66 mètres; arrivé contre le mur, il frappe vigoureusement des mains, se retourne brusquement et reprend sa course en sens inverse; puis, après avoir sauté par dessus un banc, vient se buter contre la cloison de la galerie de l'école; il se couche alors sur un banc. La physionomie est hébétée, la face pâle, les pupilles contractées. Durant la course, il se frictionnait l'épaule droite avec la main droite. On le fait rentrer dans le cabinet; pendant quelques instants, la face est pâle et la physionomie hébétée.

Il paraît ne pas s'être rendu compte de l'accès qu'il vient d'avoir. La nuit dernière il aurait eu un accès, dans lequel il serait tombé du lit, d'où une contusion assez forte du coude.

28. — A la Sûreté, Grandid... a eu plusieurs accès dans le préau. Au dire des gardiens, il pousse d'abord une sorte de grognement sourd, puis court dans le préau qu'il parcourt plusieurs fois en sautant par dessus les couronnes qui y sont étendues[1]; il bute enfin contre la grille qu'il saisit et s'affaisse. — Durée totale : 2 minutes environ.

Au chauffoir, les accès présentent les caractères suivants : début par une sorte de bourdonnement; il se frappe les coudes et la tête sur la table; on dirait, qu'il bat la caisse avec son coude, puis, après 2 minutes environ, il se lève, se précipite dans le jardin, bousculant parfois les personnes qui se trouvent sur son passage, mais le plus souvent évitant les obstacles; après 2 ou 3 tours du jardin, il s'arrête. Ni bave, ni écume, ni incontinence d'urine.

Autre variété d'accès. Mêmes mouvements des bras et de la tête; il se laisse alors tomber de son banc, se roule sans cri, pendant une minute environ, se relève et se sauve. — Si on le maintient, on constate une rigidité générale, l'absence de secousses cloniques, puis la résolution accompagnée de soupirs, sans bave, ni stertor ou évacuation involontaire. Il ne lui reste à la suite de l'accès qu'un peu de fatigue.

1er *mai.* — Le malade se trouvant à l'infirmerie des enfants fait entendre subitement uue sorte de grognement sourd, sa casquette tombe à terre ; il se précipite vers le bout de la salle, frappe des deux mains contre le mur, se retourne brusquement, reprend sa course vers l'autre extrémité de la salle, frappe la cloison, se retourne de nouveau, revient en courant au mur d'entrée en évitant les obstacles (colonnes, chaises, etc.), refait encore trois fois toute la longueur de la salle, puis s'arrête tout stupéfait, hébété, la face pâle, les pupilles à peu près normales; un peu d'anhélation, très léger stertor, sueurs autour des lèvres; il ne revient complètement à lui qu'au bout de deux minutes.

5. — *Description d'accès.* En descendant de l'infirmerie,

[1] Les malades de la Sûreté s'occupent surtout à fabriquer des couronnes pour les distributions de prix.

Grandid.... est pris dans la cour des enfants d'un accès dont on ne voit pas le début; il se met à courir dans la cour en poussant le grognement qui lui est habituel; arrivé à l'extrémité, il saisit les barreaux de la grille, se retourne brusquement et reprend sa course. La figure est rouge, vultueuse; le malade bave un peu; de la main droite il se frictionne la joue et l'épaule droites; arrivé à l'autre bout de la cour, il saisit la barre de la rampe de l'escalier, se retourne dans l'escalier qu'il monte rapidement, se met à courir dans la rampe qui est située au dehors de la cour des enfants, fait environ 15 mètres, puis il semble éprouver quelque difficulté à se tenir sur les jambes, trébuche à plusieurs reprises sans tomber, accroche enfin un barreau et s'arrête. La face est pâle, les pupilles contractées; il reste debout, ne répond pas aux questions, prend des mains des enfants sa casquette tombée pendant la course. Une demi-minute après environ il s'assied sur le rebord en pierre et à la demande de ce qu'il a eu il répond qu'il n'en sait rien.

2 *juillet.* — Dans un accès, Grandid.... fait deux fois en courant le chemin du cabinet au fond de la cour (66 mètres). Avant l'accès, le pouls était à 72, la respiration à 24; après l'accès, on compte 100 pulsations et 24 inspirations. Les pupilles égales et petites n'ont subi aucune modification.

12. — Il sort de la Sûreté pour rentrer dans le service.

6 *août.* — A 8 heures du soir, alors qu'il était auprès de son lit, se préparant à se coucher, Grand.... est pris d'un accès : il se dirige en courant vers la porte vitrée, éloignée d'une dizaine de mètres de son lit, dont il enfonce le carreau inférieur avec le bras droit; il se fait une plaie transversale de 4 centimètres à la face antérieure de l'avant-bras. Il tournait à ce moment le dos à la salle. Le veilleur qui l'a saisi en arrière ne sait dire si Grand.... semblait se disposer à revenir, en courant, sur ses pas, selon son habitude lorsqu'il rencontre un obstacle. L'accès aurait été de suite arrêté.

15 *octobre.* — Vol de porte-monnaie. — On l'envoie à la Sûreté. — Cessation du *traitement hydrothérapique.*

9 *novembre.* — *Anthrax* de la face postérieure de l'avant-bras.

1884. 3 *janvier.* — On apprend qu'au début de son séjour à la Sûreté il couchait dans le dortoir du préau, et qu'il en pro-

fitait pour se livrer à des *actes de sodomie* avec un autre malade. — On le fait rentrer dans la section.

8. — *Évasion*. Grand.... s'est sauvé par la grille de la cour des épileptiques située près de l'église, puis par la cour du puits; enfin il a grimpé sur le toit de l'atelier du tapissier et sauté sur le chemin des médecins qui longe l'hospice intérieurement.

9 *janvier*. — Le malade, rentré hier, raconte qu'après son évasion il s'est rendu à Paris, a couché dans un hôtel et que le lendemain soir, ayant dépensé les trois francs qu'il possédait, il est allé chez son père qui l'a ramené à l'hospice. — Il est envoyé à la Sûreté d'où il sort le 12 janvier.

15 *janvier*. — Il est renvoyé à la Sûreté pour de nouveaux méfaits.

1er *avril*. — *Traitement hydrothérapique*.

7 *avril*. — *Vol* d'un caleçon qu'il essaie de vendre à un malade de la Sûreté. — Le surveillant ayant confisqué le caleçon, il s'ensuit une scène violente pendant laquelle Grand... profère les injures les plus grossières et essaie d'ameuter les autres malades.

2 *mai*. — Il est envoyé de la Sûreté dans le service.

19 *juin*. — *Evasion* avec un de ses camarades.

22. — Ramené à l'hospice par son frère [1], il dit que son camarade et lui se sont sauvés en franchissant le mur du Marais (jardin maraîcher de l'hospice). Ils se sont rendus aux Batignolles, s'arrêtant en route chez un marchand de vin et sur les boulevards extérieurs avec deux filles publiques avec lesquelles ils ont eu des rapports. Grand.... aurait ensuite abandonné son compagnon devant le cirque Fernando, à cause de sa mauvaise tenue, dit-il, qui attirait l'attention des passants.

Il se trouvait en possession de quinze francs, provenant, selon toute probabilité d'un vol commis le même jour par une singulière coïncidence à l'égard d'un autre malade. Il aurait couché seul à son hôtel habituel. Le 20 au matin il a rencontré un ancien malade de l'hospice avec lequel il a passé la journée, puis la nuit, et la journée du lendemain. Le soir de ce second jour, l'hôtelier ayant refusé de recevoir Grand...., celui-ci est allé coucher dans un terrain vague de l'avenue de

[1] Frère d'un premier lit, âgé de 35 ans, qui l'a fait arrêter.

Clichy où les sergents de ville l'ont arrêté, puis conduit au poste où dans un accès il s'est contusionné les deux coudes. — On l'envoie à la Sûreté.

11 *octobre.* — Il rentre de la Sûreté dans le service.

28 *décembre.* — Sa conduite nécessite de nouveau son envoi à la Sûreté.

1885. 16 *mars.* — On le fait sortir de la Sûreté pour rentrer dans le service.

4 *mai.* — *Evasion* par l'atelier de cordonnerie. — Le 7 *mai*, le malade est défalqué ; le 23, Grand... est réintégré à Bicêtre. Il prétend que s'il s'est évadé de nouveau, il faut en accuser ses parents qui ne viennent pas le voir : « Ça m'a monté la tête et je me suis sauvé. » Il se serait sauvé de la cordonnerie en sautant sur le toit de l'atelier des ébénistes, dépendant de la tapisserie, puis de là sur le chemin des médecins. Il possédait seize francs provenant d'économies (??). Il s'est présenté chez Godillot pour avoir de l'ouvrage ; il a couché deux jours dans le même hôtel, puis le troisième il a envoyé un camarade s'informer si sa mère demeurait toujours au même endroit : une voisine l'a fait monter et a prévenu son père ; il a été envoyé à l'infirmerie du dépôt, puis de là à Sainte-Anne où il est resté dix-neuf jours. — Il est envoyé à la Sûreté.

27 *juillet.* — *Embarras gastrique.*

19 *octobre.* — *Evasion.* Le malade s'est évadé cette nuit de la Sûreté avec un de ses camarades ; on ne s'en est aperçu que ce matin en trouvant dans le lit des mannequins formés de traversins, d'oreillers, de sabots et de bonnets de coton (un des coins de leur dortoir servait de dépôt de literie !). — On pense que l'évasion a eu lieu de la façon suivante : lorsque l'infirmier chargé de la fermeture des barreaux extérieurs est allé pour faire sa besogne, ils se seraient glissés derrière lui, puis cachés derrière le bâtiment des bains qui fait saillie dans le préau ; l'infirmier revenu à l'intérieur, ayant trouvé comme d'habitude le paquet d'habits déposé en dehors des cellules et correspondant à chaque lit, a fermé la porte du dortoir sans y entrer. — Quant à Grand... et à son compagnon, aussitôt qu'ils ont vu que tout était tranquille, ils auraient grimpé sur le mur qui sépare le préau des bains de celui de la Sûreté au moyen d'un râtissoir de jardin auquel étaient attachés des bandes et des torchons (Grand... avait conservé les bandes dont on enve-

loppait une de ses jambes contusionnée). — Une fois montés sur le premier mur, ils ont escaladé le mur extérieur de la même façon. — Dans la cour extérieure qui entoure la Sûreté, ils ont profité d'une échelle laissée là imprudemment par l'entrepreneur de maçonnerie et ont pénétré dans la cour du gymnase auprès de l'office du réfectoire de la grande école. Ils ont enfin sauté par dessus le mur de la section des enfants entre le gymnase et le réfectoire de la petite école, en s'aidant d'un instrument aratoire[1].

Huit mois après cette évasion, le 17 *juin* 1886, une lettre de Grandid... à son grand-père, administré de l'hospice de Bicêtre, nous apprenait que notre malade se trouvait à la Maison centrale de Gaillon.

Aussitôt nous avons écrit au directeur de cette prison qui nous a appris, par une lettre en date du 30 juin 1886, que notre malade avait été condamné le 27 octobre 1885 à un an et un jour d'emprisonnement par le tribunal de la Seine, pour *vagabondage* et *tentative de vol*; que, d'abord écroué à la Maison centrale de Poissy, il en avait été extrait le 12 janvier 1886, et transféré à l'infirmerie de Gaillon après avoir été reconnu atteint d'épilepsie.

Une lettre de M. le Dr Boularan, médecin du quartier spécial d'aliénés de la Maison centrale de Gaillon, nous apprenait en même temps que du 12 *janvier* au 25 *août* Grandid... avait eu 741 accès dont 645 de nuit et 96 de jour; le maximum dans une nuit aurait été de 33. Les accès duraient ordinairement de 30 secondes à une minute, rarement de 5 à 12 minutes (?).

Le 24 *août* 1886 l'un de nous adressait à M. Gragnon, préfet de police, la lettre suivante, relatant ce qui avait déjà été tenté pour enlever le malade à la prison et réparer une erreur judiciaire regrettable.

[1] Il est certain que si l'infirmier avait mieux fait son service, il serait entré dans le dortoir pour s'assurer que tous les malades étaient réellement couchés, qu'il aurait dû s'assurer *de visu* des accès qu'il dit avoir entendus. Cet infirmier a été congédié immédiatement. — Nous avons, du reste, depuis longtemps signalé le recrutement défectueux du personnel des infirmiers, que l'on prend souvent sans renseignements suffisants et que l'on garde même parfois si leur casier judiciaire n'est pas trop chargé.

MONSIEUR LE PRÉFET,

A la fin de juin, j'apprenais qu'un de mes malades, le nommé Grand..., évadé de mon service le 19 octobre 1885, avait été arrêté quelques jours après et condamné à un an et un jour de prison pour vagabondage et tentative de vol (27 octobre). Au commencement de juillet, j'ai eu l'honneur de porter à votre connaissance cette condamnation prononcée *contre un malade*, au sujet duquel je vous ai adressé conformément à la loi et aux règlements un certificat indiquant la nécessité de sa réintégration dans la section, le signalant comme dangereux, kleptomane, pédéraste, etc.

L'annonce de ce fait si irrégulier vous frappa vivement; vous m'avez promis de faire rechercher sur qui devait en tomber la responsabilité. Vous n'avez pas perdu l'affaire de vue et quelques jours plus tard, j'ai reçu la visite d'un de vos employés qui m'a montré : 1° que Grand... avait été arrêté et condamné sous le nom d'Auch... Louis (c'est le nom de l'un des malades de la section, ami et complice de Gr...); — 2° que deux ou trois jours après sa condamnation, Grand... avait décliné ses noms, prénoms, etc; — 3° que malgré ces renseignements et bien qu'il ait avoué s'être évadé de Bicêtre, il n'en a pas moins été dirigé sur la prison de Poissy d'abord, sur celle de Gaillon ensuite *à cause de sa maladie;* que la condamnation n'en a pas moins été maintenue et que fort probablement le casier judiciaire d'Auch... porte une condamnation.

J'ai chargé votre employé qui ne paraissait pas se rendre un compte exact de la gravité des faits, de vous prier, conformément d'ailleurs à la promesse que vous m'en aviez faite, de faire prendre d'urgence toutes les mesures nécessaires pour réparer les erreurs commises et faire réintégrer Grandidi... dans le service. Plus de six semaines se sont écoulées et rien ne paraît avoir été fait. C'est pourquoi, Monsieur le Préfet, je viens insister de nouveau aujourd'hui pour hâter une solution favorable.

Veuillez agréer, etc.

M. Gragnon répondit qu'à la date du 13 juillet il avait signalé au ministre de la justice la grave erreur qui avait été commise. C'est alors (fin août) que l'un de nous envoya à M. Demôle, ministre de la justice, la copie de la lettre ci-dessus, en insistant sur la nécessité d'annuler le jugement, et de faire réintégrer le malade à Bicêtre.

Le 4 *octobre* suivant, c'est-à-dire plus d'un mois après la première lettre à M. Demôle, et huit jours après une nouvelle lettre au même ministre, en l'absence de toute réponse, l'un de nous adressa à M. Grévy la requête suivante :

Monsieur le Président,

Je viens signaler à votre haute justice un fait à mon avis, très grave et qui, comme vous le verrez, mérite d'attirer très sérieusement votre attention.

Un malade aliéné, Grand... (Charles), appartenant à mon service de Bicêtre, s'est évadé de la Sûreté où je l'avais envoyé par punition le 19 octobre 1885. Aussitôt, j'ai fait un certificat constatant que Gr... était atteint d'épilepsie procursive, avec perversion des instincts, kleptomanie, etc.; mentionné ses évasions multiples; et signalé la nécessité de sa réintégration.

Ce certificat a été envoyé immédiatement à la préfecture de Police. Le 23 octobre, Grand... était arrêté pour vagabondage et tentative de vol, et de ce fait, condamné le 27 du même mois à un an et un jour de prison sous le nom d'un malade de Bicêtre Auch... (Louis). Quelques jours après il faisait connaître son nom véritable et avouait s'être évadé de Bicêtre; malgré cela, il fut envoyé à la prison centrale de Poissy, d'où en janvier 1886, à cause de ses fréquents accès d'épilepsie, il fut dirigé sur la prison de Gaillon et mis dans le quartier des criminels aliénés.

A différentes reprises, je m'étais informé si Grandid... avait été retrouvé, et s'il ne se trouvait pas au Bureau d'admission de l'Asile Saint-Anne où passent tous les aliénés de la Seine. Toujours la réponse fut négative. Le 20 juin dernier, le grand-père de Grandid..., vieillard hospitalisé à Bicêtre, me communiquait une lettre de son petit-fils apprenant qu'il était à la prison de Gaillon.

Quelques jours après, j'eus l'occasion de voir M. le Préfet de Police et de lui exposer le fait : il le trouva très regrettable et me promit de prendre les mesures nécessaires pour que le malade Gr... fut extrait de la prison de Gaillon et réintégré à Bicêtre.

N'entendant parler de rien, le 28 août j'écrivis une lettre à M. le Préfet de Police qui me répondit le *lendemain* qu'il avait signalé l'affaire, le 13 juillet, à M. le Ministre de la Justice et qu'il attendait sa réponse.

Je résolus d'écrire fin août à M. le Ministre de la Justice, espérant hâter la solution et faire cesser promptement la détention du malade. Un mois s'étant écoulé sans réponse, mois de vacances il est vrai, par une lettre en date du 29 septembre, je rappelai à M. le Ministre de la Justice ma précédente lettre; voilà bientôt huit jours de cela et ma seconde lettre n'a pas été plus heureuse que la première. C'est pourquoi, M. le Président, je me suis décidé à faire appel à votre puissante intervention et à votre esprit de justice.

J'ai la conviction que, vous aussi, vous considérez comme très regrettable la *condamnation d'un malade aliéné*, et comme plus

regrettable encore son *maintien en prison* à partir du jour où l'erreur a été reconnue.

Veuillez agréer, etc.

Le 9 *octobre* 1886, le directeur des affaires criminelles au ministère de la justice répondit qu'il avait, à la date du 8 septembre, prié le ministre de l'intérieur de prendre les mesures nécessaires pour assurer, en ce qui le concernait, le règlement de l'affaire Grandid... et que, à la même date, il avait invité le procureur général à faire rectifier, s'il y avait lieu, la condamnation prononcée contre Grandid...

Les 12 et 13 *octobre*, l'un de nous écrivait à M. Sarrien, ministre de l'intérieur, et à M. le procureur général en leur rappelant les faits que nous avons relatés, plus haut. — Le 16 *octobre*, M. Sarrien déclarait qu'il n'avait aucune connaissance de cette affaire et promettait s'en occuper d'urgence.

18 *octobre*. — Nouvelle lettre au préfet de police dont nous extrayons le passage suivant :

« Je vous serais bien obligé, écrivait l'un de nous, si vous pouviez rappeler cette affaire à M. le Ministre de l'Intérieur et examiner ce que vous avez à faire à la sortie prochaine de ce malade qui, en dépit de votre bonne volonté pour réparer une erreur, et en dépit de mon intervention auprès du ministre de la justice, du ministre de l'intérieur, du président de la République et du procureur général, n'aura pas moins subi une année d'emprisonnement. »

Le 30 *octobre*, deux jours après l'expiration de la peine à laquelle avait été condamné Grandid..., M. le ministre de l'intérieur nous avisa que des instructions avaient été données pour que le malade fût transféré à l'infirmerie du dépôt (?), afin d'y être l'objet d'un examen médical (!) et ensuite dirigé sur un asile.

3 *novembre*. — Grandid... est enfin réintégré à l'hospice de Bicêtre, six jours après l'expiration de sa peine.

9 *décembre*. — Il est envoyé pour 8 jours en cellule pour avoir voulu aider un hystéro-épileptique, Cah..., à s'évader.

1887. — Presque tous les accès de Grandid... sont actuellement nocturnes; il a, en outre, quelques accès ordinaires exclusivement nocturnes et se mord fréquemment la langue. — Deux ou trois fois par jour il a des *étourdissements* dans lesquels il voit trouble, distingue les objets qui se trouvent devant lui, mais sans les reconnaître. Les accès diurnes débutent par une course de 2 à 3 mètres, puis il se roule à terre pendant 3 à 4 minutes environ, se relève seul en revenant complètement à lui.

MOIS	1881		1882		1883		1884		1885		1886	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier	—	—	112	»	133	»	72	»	95	»	Du 12 janvier au 25 août, 741 accès.	»
Février	—	—	105	»	94	2	86	»	95	»		»
Mars	—	—	143	»	119	20	93	»	163	3		»
Avril	—	—	138	»	121	»	72	»	167	7		»
Mai	121	22	149	»	132	»	64	74	32	»		»
Juin	144	10	130	»	132	»	34	88	105	»		»
Juillet	129	40	136	»	126	»	101	»	99	»		»
Août	145	8	131	»	80	»	145	»	99	»		»
Septembre	134	6	138	»	96	»	136	»	107	»	»	»
Octobre	160	»	134	»	124	»	123	12	69	»	»	»
Novembre	155	»	148	»	94	»	99	45	—	»	75	66[1]
Décembre	155	1	137	3	68	»	32	91	—	»	15	160
Totaux	1143	87	1621	3	1318	22	1054	310	1031	10	90	226

[1] Dans ces derniers temps, on a le plus souvent compté comme vertiges les accès procursifs. Au mois de janvier 1887, Grand... a eu 21 accès et 199 vertiges.

1882. Juin. — *Poids* : 47 kil. 100. *Taille* : 1m,49.
1883. Janvier. — *Poids* : 47 kil. 500. *Taille* : 1m,49.
— Juin. — *Poids* : 48 kil. 300. *Taille* : 1m,50.
1884. Mars. — *Poids* : 49 kil. 200. *Taille* : 1m,50.
1885. Janvier. — *Poids* : 49 kil. 500. *Taille* : 1m,50.
1886. Novembre. — *Poids* : 50 kil. *Taille* : 1m,50.

Réflexions. — Chez Grand..., le premier accès procursif s'est produit à treize ans sans prodrômes prochains, ni cause déterminante connue. Ces accès, devenus rapidement quotidiens, consistaient en une course suivant la ligne droite, accompagnée d'une forte injection de la face, en général, sans aura, ni cri, ni chute, ni période tonique. La période clonique semblait remplacée par la course; le retour à la connaissance, sans coma, ni bave, ni urination involontaire, se faisait promptement.

Ces accès, répétés plusieurs fois par jour, ne produisirent aucune diminution de la mémoire, mais la perversion des instincts, dont Grand... a donné déjà tant de preuves, pourrait bien leur être attribuée; il y a là tout au moins une coïncidence. — Nous attirerons encore l'attention sur l'héméralopie et la diminution du réflexe rotulien. A Bicêtre, nous avons constaté chez Grand... des accidents épileptiques divers :

1° Des *vertiges* non procursifs pendant lesquels le malade porte la main droite à la joue correspondante qu'il frotte à diverses reprises et qui est agitée de quelques mouvements cloniques;

2° Des *accès* se présentant sous deux formes. *a*) Les accès de la première forme sont ou non précédés d'aura; ni cri; — ni chute; — congestion de la face, mais sans cyanose; — course accompagnée de tremblement bilatéral de la tête et d'un bourdonnement résultant

du tremblement labial; — frottement de l'une ou des deux joues; — retour subit à la connaissance. La course se produit en ligne droite ou parfois circulaire (à grands arcs de cercle), avec tendance à l'enroulement autour de l'axe vertical d'un obstacle rencontré. Le malade semble ne pas avoir connaissance de l'accès.

b) Si le malade est *couché*, il lui arrive le plus souvent de ne pas se lever. — La période tonique manque comme ci-dessus, mais la course — qui semble correspondre chez lui à la période clonique — est remplacée par de grands mouvements de rotation incomplète de droite à gauche et de gauche à droite; le côté droit est plus agité. Ces mouvements sont accompagnés du même bourdonnement labial, du même frottement des joues. Les pupilles qui sont dilatées et le pouls qui est accéléré à la fin de l'accès, reviennent presque aussitôt à leur état normal.

Cette variété d'accès, paraît-il, se rapproche de l'accès ordinaire: cette ressemblance est encore rendue plus probable par ce fait que, parfois, quoique rarement, Grand... urinerait sous lui pendant les accès de ce genre, s'affaisserait après la course; par le fait aussi que la course peut être précédée ou suivie d'une sorte de tapotement des mains, des coudes ou des pieds et sur le caractère duquel nous aurons à revenir.

Plus tard, on note chez le malade des accès ainsi constitués : tapotement des bras et de la tête, chute du banc sur lequel il se trouve assis; — roulement à terre, course, résolution, sans bave, ni stertor ou évacuation. Le maintien du malade produit une rigidité générale sans secousses cloniques.

Dans les derniers temps, on remarque que certains accès purement procursifs sont suivis d'une *hébétude* plus prononcée, d'un très léger stertor, de sueurs labiales et que quelques-uns s'accompagnent de bave. Il semble donc, nous le répétons, que les accès procursifs de Grand... aient une tendance à se transformer progressivement en accès ordinaires.

Actuellement Grand... n'aurait plus que des accès procursifs presque exclusivement nocturnes, mais, de plus, dans ces derniers mois, on a noté l'apparition d'accès ordinaires (cri, périodes tonique et clonique, bave, morsure de la langue, etc.); ceux-ci encore peu nombreux, sont exclusivement nocturnes.

Il est une autre partie de l'histoire du malade qui a certainement assez attiré l'attention du lecteur pour qu'il soit superflu d'y insister : nous voulons parler de son arrestation, de sa condamnation et de son maintien en prison. Ce fait montre une fois de plus combien il est difficile de faire réparer une erreur administrative et judiciaire.

Observation II. — Epilepsie procursive; Epilepsie partielle.

Père, peintre en bâtiments. — Grand-père paternel, excès de boisson; — grand-mère paternelle, paralytique. — Grand-père maternel, mort apoplectique. — Arrière grand'mère paternelle, morte apoplectique; arrière-grand-père maternel, mort aliéné. — Frère, convulsions; — frère, convulsions et affaiblissement paralytique du côté droit.

Premières convulsions à dix mois. — Convulsions à chaque poussée dentaire jusqu'à quatre ans. — Peur à onze ans; premiers accès huit jours plus tard; convulsions limitées à

gauche. — Excès de boisson. — Deux tentatives de suicide. — Début des vertiges en 1883. — Description des accès.

Val... Arthur, né le 3 janvier 1864, est entré le 16 décembre 1884 à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère (16 novembre 1885). *Père*, quarante-neuf ans et demi, enfant naturel, peintre en bâtiments, n'a fait aucune maladie depuis son mariage, à l'âge de vingt-cinq ans ; — pas de coliques, ni de paralysie saturnine ; — il est sobre, bien portant, mais un peu emporté. — [*Père*, mécanicien, a disparu depuis la guerre de 1870-71 ; il était un peu « ours » et faisait quelques *excès de boisson* (vin). — *Mère*, maîtresse d'hôtel meublé, morte *paralysée* à l'âge de quarante-neuf ans ; elle était obèse. Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, ni d'autres paralytiques, etc., dans la famille.]

Mère, quarante-quatre ans, châtaine, bien portante, d'abord fleuriste, puis raccommodeuse de peaux de lapins pour fourrures ; elle n'est pas migraineuse, mais a parfois des maux de tête ; sans être sujette d'ordinaire aux syncopes, elle en a toutefois éprouvé durant les premiers mois de ses grossesses, mais sans perte absolue de connaissance. [*Père*, homme de peine au chemin de fer, sobre, mort à soixante-neuf ans d'une *attaque d'apoplexie* en quarante-huit heures. — *Mère*, soixante-cinq ans, sobre, bien portante. — *Grand-père paternel*, pas de détails. *Grand-mère paternelle*, sobre, morte à soixante-quinze ans d'une attaque d'apoplexie terminale précédée de deux ou trois autres ; la première avait été suivie d'une hémiplégie droite. — *Grand-père maternel*, employé droguiste, sobre ; devenu *aliéné*, il s'est jeté par la fenêtre d'un troisième étage et s'est tué ; il avait quarante-cinq ans. — *Grand-mère maternelle*, morte d'une fluxion de poitrine, à l'âge de quatre vingt-cinq ans. — *Trois frères* : deux sont morts, l'un d'une fluxion de poitrine (?) à l'âge de six mois, l'autre « d'un foie volumineux (?) » à douze ans ; le troisième, bien portant, a eu, de femmes différentes, quatre enfants bien portants qui ont une bonne santé. — *Trois sœurs* : deux sont mortes, l'une à quatre mois, on ne sait de quoi, l'autre, à neuf ans d'une fièvre typhoïde ; la dernière est en bonne santé. Pas d'autres aliénés, suicidés, etc., dans la famille]. — Pas de *consanguinité*.

Douze *enfants* et trois *fausses couches.*

1° Garçon, mort à trois mois, en nourrice, « des hernies(?)» ; il avait les bourses grosses comme le poing ; — 2° fille, vingt-quatre ans, bien portante, a eu une fille morte de coqueluche ; — 3° notre malade ; — 4° garçon, vingt-un ans et demi, intelligent, peintre en bâtiments, a eu, à un an, la cholérine durant le cours de laquelle éclatèrent des *convulsions* pendant quinze minutes qui laissèrent à leur suite une *déformation des pieds* ; à sept ans, *nouvelles convulsions* durant une journée qui auraient corrigé la *malformation des pieds* (?). — 5° fausse couche à quatre mois, attribuée à un effort; — 6° fille intelligente, morte à dix-huit mois d'un « chaud et froid (?) » 7° garçon, intelligent, mort à trois ans du croup ; 8° fille, morte à vingt-six jours, du croup (?); — 9° fausse couche de deux mois ; — 10° garçon, onze ans, intelligent, a eu à dix mois des *convulsions* avec *hémiplégie droite* consécutive ; ce côté est resté plus faible, et la jambe droite est plus courte que la gauche ; il n'a parlé qu'à sept ans ; — 11° garçon intelligent, mort à trois ans de la *coqueluche* ; — 12° fille morte à dix mois, on ne sait de quoi ; — 13° fausse couche de deux mois ; — 14° et 15° *grossesse double* : au deuxième mois elle aurait rendu un germe dont le sexe n'aurait pas été déterminé ; puis sept mois après, fille, née à terme, forte ; celle-ci a quatre ans, est bien portante.

Notre malade. — *Conception* et *grossesse*, rien de particulier. — *Accouchement* à terme, naturel, après cinq jours de douleurs (sans que la tête soit restée engagée longtemps), sans chloroforme. A la *naissance*, circulaire autour du cou, sans cyanose ; cri immédiat. — *Elevé au sein* par sa mère, il a été sevré à treize mois (alors que sa mère était enceinte de quatre mois et demi) : « il a tété sur l'autre ». — Première dent à quatre mois, il en avait trois à huit mois. — Jusqu'à dix mois il était comme les autres enfants ; c'est alors qu'il eut ses *premières convulsions internes*, dit-on, lors de l'éruption d'une molaire ; ces convulsions se répétèrent jusqu'à quatre ans à chaque nouvelle éruption de molaire, mais alors on constata du tétanisme des membres, sans secousses.

Vall... a marché à dix-huit mois, tandis que ses autres frères et sœurs ont marché de dix à douze mois ; il était gros et fort. — Il aurait commencé à parler vers huit à dix mois ;

parole courante dans le cours de la seconde année [1]; il était propre à dix mois.

Mis à l'asile à un an, puis à l'école, il apprenait bien et obtenait des prix. — A onze ans, un jour de mi-carême, étant descendu dans la rue, malgré sa mère, il s'est associé aux jeux d'autres enfants; l'un d'eux ayant brisé un carreau, tous s'enfuirent. Resté seul, il fut arrêté, conduit au poste, où il est resté deux heures, puis au commissariat; il fut relâché après six heures d'emprisonnement. L'enfant aurait eu *très peur*, et à sa sortie, il était encore tout hagard. — Il devint alors peureux, sans éprouver aucun phénomène nerveux précurseur du *premier accès*. Celui-ci eut lieu trois semaines après, en jouant, sans aura, perte de connaissance, chute et accès avec mouvements cloniques des bras. Le deuxième accès eut lieu un mois plus tard.

Il est entré une première fois à Bicêtre le 4 mars 1878; il tombait alors une ou deux fois par mois. Le 27 juin de la même année, on le retirait de l'hospice sans motif. — De seize ans à sa deuxième entrée, en octobre 1884 (21 ans), les accès ont augmenté et en 1884, il avait de sept à huit accès par mois; le maximum des accès, en vingt-quatre heures, a été de cinq; le plus long intervalle entre deux accès, deux jours. Les accès étaient surtout diurnes, mais aussi nocturnes. — Trois à quatre fois par mois il éprouvait des vertiges; leur début remonte au mois d'août 1883. — On croit que les accès ont augmenté de fréquence à la suite de quelques excès de vin que des commerçants du quartier lui faisaient boire en récompense de courses ou de commissions.

Vall... n'aurait jamais eu d'aura; il tourne la tête à gauche en poussant un cri rauque et en ouvrant la bouche; chûte, perte de connaissance, rigidité, *convulsions du côté gauche seulement*, ni stertor, ni écume, ni urination involontaire. — Il se blesse souvent au menton et à la tête, se mord la langue presque à chaque accès. — Après un sommeil de une à deux heures, il se réveille sans se souvenir de ce qu'il vient d'éprouver. Il n'aurait jamais eu d'excitation maniaque, ni d'hallucinations, mais on a noté des *idées tristes* et, à deux reprises, il a tenté de se *suicider* : une première fois, il y a cinq

[1] Tous ses frères et sœurs ont parlé de bonne heure; la dernière parlait très bien à un an.

ans, en essayant de se jeter par la fenêtre, tentative suivie d'un accès ; une seconde fois, l'année suivante, avec un couteau que sa mère lui arracha des mains ; elle se blessa l'index et le médius. A la vue du sang, il resta comme anéanti, mais n'eut pas d'accès.

Les *accès avec propulsion*, considérés comme des vertiges, ont débuté en août 1883. Revenant du marché avec sa mère, il s'est mis tout à coup, sans rien dire, à courir à une distance d'environ 100 mètres; puis, se retournant, il est revenu à son point de départ toujours courant ; la face était pâle, livide ; il se remit à parler après quelques instants. — Trois jours après cette *première course*, se trouvant à la barrière de Montreuil, avec sa grand'mère maternelle, il se mit à courir, ayant sa sœur, âgée de 2 ans, dans les bras ; sa grand'mère put l'arrêter, le coller contre un mur, lui enlever l'enfant, il n'en continua pas moins ensuite à courir. — A la maison, il courait dans la chambre ; sa mère le saisissait violemment, le couchait sur un canapé et l'y maintenait fortement jusqu'à la fin de la crise. Parfois il renversait la table, une chaise et passait par dessus. On ne sait dire si, en revenant, il suivait exactement la même ligne, ni si, comme à Bicêtre, il se garait des personnes ou des objets. Ces *accès procursifs* n'étaient pas précédés d'aura. — En 1883-1884, il avait deux à trois de ces accès par mois ; une seule fois, il eut plusieurs accès dans la même journée (six le 14 juillet de cette année).

En septembre 1884, il a été pris, après un de ces accès, d'une *agitation choréiforme des extrémités supérieures et inférieures, de la tête* ; la parole était saccadée ; cet état a duré une demi-heure. — Les mêmes mouvements choréiformes se sont reproduits quelques jours après, mais sans être précédés d'accès ou de vertiges; ils durèrent trois quarts d'heure sans perte de connaissance.

La *mémoire* a diminué depuis deux ans ; le *caractère* n'a pas changé, Vall... est affectueux, n'a pas de mauvais instincts et ne s'est jamais livré à des actes de violence.

Il a été traité à diverses reprises par le bromure de potassium. Il a été vacciné, a eu la rougeole à l'âge de deux ans, mais n'a eu aucune autre maladie éruptive ou infectieuse, ni otite, ni ophthalmie, ni vers, etc. Il serait sujet à *transpirer des pieds* et aurait un durillon sous le pied. Pas d'onanisme, pas de rapports sexuels.

Durant l'interrogatoire de sa mère, comme il attendait devant le cabinet, assis sur un banc, il se lève subitement, se met à courir jusqu'au coin de la grille, puis entre celle-ci et la première rangée d'arbres (30 mètres environ) ; arrivé au cinquième arbre, il se retourne et revient au premier en courant ; là il est saisi et maintenu par un infirmier, et, quelques secondes après, tout était terminé.

Etat actuel. — *Crâne* symétrique, dolicocéphale, avec méplat pariéto-occipital ; les bosses frontales et pariétales sont également peu accentuées, les cheveux bruns ; — les oreilles bien ourlées sont bien conformées, leur lobule, normal, est adhérent dans les deux tiers supérieurs.

	1885	1887
Diamètre antéro-postérieur........	19.7	20
— bi-pariétal maximum...	15 »	15.1
— bi-temporal.............	»	12.8
Circonférence horizontale.........	»	57
1/2 circonférence d'une oreille à l'autre en passant par le vertex.....	»	32

Le front est élevé, assez large; le rebord orbitaire gauche proéminent (exostose) présente une cicatrice irrégulière produite par des chutes dans les accès.

Face ovale, assez régulière, bien symétrique. — *Sourcils* bruns, moyennement longs, assez épais, se rejoignant sur la ligne médiane. — *Yeux* un peu proéminents, fendus en amande ; iris d'un bleu clair ; pupilles égales, cils assez longs. — Pommettes saillantes ; petit kyste sébacé sur la droite. — *Nez* assez large, droit. — *Lèvres* épaisses, la supérieure déborde l'inférieure ; bouche : 7 centimètres. — Léger prognatisme du maxillaire inférieur ; menton rond, présentant une cicatrice curviligne de 4 centimètres consécutive aux chutes convulsives.

Dentition. — A la mâchoire supérieure, à gauche, la première petite molaire et la troisième grosse molaire manquent, l'incisive médiane est cariée ; à droite, les deux incisives, la canine et la première petite molaire sont cariées. A la mâchoire inférieure, à gauche, la première petite molaire manque; à droite on constate l'absence de la deuxième petite molaire et de la troisième grosse molaire.

Physionomie un peu hébétée ; parole un peu lente, assez

facile; tremblement fibrillaire de la langue assez marqué; pas de tremblement labial.

Cou : circonférence : 36. — *Tronc*, normalement conformé. — Appareil circulatoire (Pouls, 80 à 88), respiratoire (16), digestif et urinaire normaux.

Puberté. — Moustaches et barbe de couleur châtaine peu fournies. — Poils assez développés aux aisselles et à l'anus; pénil recouvert de nombreux poils châtains remontant jusqu'à l'omblic. — Verge, méat, scrotum, testicules (de la grosseur d'une noix), normaux. — Pénis : circonférence et longueur : 9 centimètres [1]. — Gland découvert; onanisme rare.

Les *organes des sens* ne présentent rien de particulier. — *Dynamomètre* : à droite et à gauche, 30.

L'*intelligence* n'est plus ce qu'elle était en 1878; à cette époque elle était ouverte; V... travaillait facilement, savait lire et écrire. Actuellement il ne sait la date de sa naissance, il ignore dans quel mois, à quelle date nous sommes, il indique cependant exactement le nom du jour. Il est utilisé au balayage des cours, besogne dont il s'acquitte aussi mal qu'il répond.

Aura. — Le malade avant les accès ordinaires et les accès procursifs éprouverait, sous la plante du pied gauche, un chatouillement qui remonterait jusqu'au pli de l'aine, mais il est difficile, en raison de l'état intellectuel de V..., de lui faire préciser la marche exacte de cette sensation. On peut seulement savoir qu'au niveau de la lèvre supérieure gauche, il ressent de temps à autre un fourmillement qui disparait par la compression. Toujours est-il qu'il paraît pouvoir empêcher l'accès soit par une pression digitale du gros orteil, soit par une pression circulaire au-dessus du cou de pied L'aura semble du reste être d'assez longue durée, et se produit aussi bien pour les accès procursifs que pour les autres.

Description d'un accès. — Le malade, assis sur une chaise à l'infirmerie, se lève tout d'un coup et se *met à courir* assez vite jusqu'à la cloison (trente mètres); il fait deux fois le tour du poêle et revient à son point de départ. — On l'assied sur un

[1] Il va de soi que ce chiffre n'est qu'approximatif et qu'il peut varier dans une certaine mesure par suite de la constitution vasculaire de l'organe.

fauteuil; aussitôt le membre inférieur gauche est pris de mouvements rapides du pied tapant le sol (160 tapotements à la minute) qui durent de 6 à 10 minutes. — Le malade ne répond pas aux questions, puis après 2 à 3 minutes, tandis qu'il essayait de défaire son bas (automatisme), il tombe en arrière sans connaissance, les yeux ouverts, fixes, les pupilles moyennement dilatées, le bras gauche un peu raide, le bras droit presque souple ; il se produit ensuite quelques mouvements cloniques dans les deux bras, mais surtout dans le gauche. Il redevient immobile et au bout de quelques instants est repris de quelques secoussés cloniques ; puis immobilité (10 h. 16). La face n'a pas changé de couleur; Val... reste hébété pendant 2 à 3 minutes, parlant avec peine, puis reprend son pied déchaussé pour montrer son durillon.

A 10 h. 19, *trépidation* légère de la jambe gauche, puis du bras gauche et enfin du bras droit ; ces trépidations de la jambe gauche cessent momentanément, et l'agitation du bras gauche s'arrête quelques secondes après celles du bras droit ; — la jambe gauche est alors reprise de trépidation. La face est un peu chaude.

A 10 h. 22, le malade dit : « Il n'y a que de ce côté-là que j'ai le mal que j'ai, » et à ce moment l'agitation recommence dans la jambe et le bras gauches ; la face devient très rouge. — A 10 h. 24, trépidation légère de la jambe gauche.

D'habitude la crise durerait moins longtemps et en général, aussitôt après la *course* terminée, il vient se placer dans le lit de camp, s'endort pendant une dizaine de minutes et se remet ensuite à son ouvrage. — Parfois, pendant les mouvements de trépidation, il demande son couteau pour s'ouvrir le ventre et dit : « Je veux voir mon père avant de mourir. »

1885. 28 *février* — *Ecchymose* sous-conjonctivale de l'angle externe de l'œil gauche à la suite d'un accès. — *Hydrothérapie.*

1886. 8 *novembre.* — Inflammation du durillon du pied gauche. — Le durillon est enlevé.

1887. 26 *janvier.* — Vall... est pris d'un accès. Il ressent un engourdissement du pied gauche, cherche à empêcher l'accès au moyen de la compression de l'orteil ; à ce moment il répondait encore aux questions, puis après s'être incliné à gauche, il tombe lentement en arrière sans cri. La face est légèrement congestionnée. Les secousses débutent par le bras droit

qui paraît plus secoué d'abord, puis par les extrémités gauches; la résolution arrive rapidement; les pupilles égales sont légèrement dilatées; ni bave, ni stertor, ni évacuation involontaire. La résolution est encore suivie de quelques secousses cloniques du côté gauche que le malade accuse être le siège de son mal; pendant toute la durée de l'accès (12 secondes) il semble conserver sa connaissance.

Peu après, le malade, hébété, est pris d'un *tremblement général*; il s'incline en arrière, puis la jambe gauche est agitée de secousses cloniques; de la main droite il se comprime le gros orteil, et cela sans lâcher une cigarette qu'il tient de la main gauche. Après une compression de trois secondes tout est terminé. Les pupilles sont dilatées.

MOIS	1884		1885		1886		1887	
	ACCÈS	VERTIGES[1]	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier			9	87	2	—	4	36
Février			11	70	—	2		
Mars			8	107	3	—		
Avril			13	62	23	50		
Mai			28	45	13	78		
Juin			22	48	20	59		
Juillet			26	58	14	66		
Août			25	90	22	39		
Septembre			10	129	7	53		
Octobre	8	—	12	103	20	53		
Novembre	13	1	18	64	9	37		
Décembre	17	31	11	65	3	54		
Totaux	38	32	194	1028	136	497		

[1] Les accès procursifs sont relevés comme vertiges.

1884. Octobre. — *Poids* : 51 kil. *Taille* : 1m,63.
1885. Janvier. — *Poids* : 53 kil. *Taille* : 1m,63.
— Août. — *Poids* : 54 kil. 200. *Taille* : 1m,63.
1886. Janvier. — *Poids* : 53 kil. *Taille* : 1m,63.
— Août. — *Poids* : 53. kil. 500. *Taille* : 1m,64.

Il s'écoule quelques minutes, puis Vall... est pris d'une sorte de *mouvement automatique* qui le porte à gauche et en avant, mais ayant glissé alors sur le carreau, il tombe sans lâcher sa cigarette, toujours tenue de la main gauche ; le bras droit est agité de mouvements assez étendus. — Relevé, il est pris dans la position debout de *secousses de tout le corps*, les membres inférieurs fléchissent un peu, mais les pieds ne quittent pas le sol ; la face est pâle, les pupilles sont légèrement dilatées. — Nouvelles secousses généralisées à tout le corps, le malade se frappe de la main gauche la cuisse gauche, puis survient un *tapotement* du talon du pied gauche, la pointe du pied restant fixe, suivie d'une inclinaison à gauche ; face pâle, pupilles légèrement dilatées, puis soupir ; — durée, 39 secondes. — Le regard est vague, la physionomie hébétée. — Vall... est pris encore à plusieurs reprises de nouvelles secousses et d'une sorte de tremblement fibrillaire avec tapotement du talon gauche.

Réflexions. — Vall... a eu son *premier* accès trois semaines après une émotion vive occasionnée par un emprisonnement de quelques heures, il avait onze ans. Jusqu'à l'âge de vingt ans les accès auraient eu le caractère des accès d'épilepsie ordinaire, sauf que les secousses cloniques ne se produisaient que du côté gauche.

C'est alors que l'on vit s'adjoindre aux accès ordinaires des *accès procursifs* ; la course avait lieu en ligne droite, était accompagnée de pâleur de la face. Un an après le début de ces accès procursifs Vall... eut à la suite de deux d'entre eux une *agitation choréiforme* des membres et de la tête, la première fois d'une durée d'une demie-heure, la seconde de trois quarts d'heure. Depuis son entrée à l'hospice nous avons observé des mouvements de trépidation, survenus en dehors de tout accès, et se rapprochant,

selon nous, beaucoup plus de l'épilepsie spinale que de la chorée.

Les *facultés intellectuelles* ont décliné à partir de 1878 ; cette déchéance parait être due exclusivement à l'accroissement progressif du nombre des accès ordinaires.

On ne saurait dire si l'*extirpation du durillon* du pied gauche a eu une influence sur le nombre des accès, quoique à première vue ceux-ci aient été moins fréquents en novembre et décembre 1886, mais il peut n'y avoir dans ce fait qu'une de ces nombreuses coïncidences si fréquentes dans l'évolution symptomatique des affections chroniques, et en particulier de l'épilepsie.

Chez Wall..., on ne peut s'empêcher de faire un rapprochement entre les symptômes particuliers à son aura et ceux qu'on observe si fréquemment dans l'aura de l'épilepsie jacksonienne. De même que dans celle-ci, cette *aura périphérique* peut être provoquée par l'excitation de zones épileptogènes et peut de même être interrompue par certaines manœuvres locales.

Il est beaucoup plus difficile que chez Grand..., de bien déterminer si, chez Wall..., nous avons affaire à un accès ou à un vertige procursif; cependant le fait qu'en général le malade à la suite de ces actes procursifs va de lui-même se placer dans le lit de camp et s'y endort pendant une dizaine de minutes semble plutôt devoir les faire assimiler à un accès.

Le tableau suivant résume les caractères principaux des trois manifestations de l'épilepsie observées chez ce malade.

ACCÈS PROCURSIF Durée : 8 à 13 minutes)	ACCÈS ORDINAIRE	PHÉNOMÈNES D'ÉPPILEPSIE SPINALE
Course. Tapotement du pied gauche. Hébétude. Automatisme.	Chute en arrière ou affaisement. Dilatation des pupilles. Rigidité du bras gauche. Secousses cloniques des deux bras plus prononcées à gauche. Immobilité. Nouvelles secousses cloniques. Hébétude. Automatisme.	Trépidation de la jambe gauche, puis du bras gauche, et enfin du bras droit. Arrêt dans le même ordre, puis reprise de la trépidation localisée à la jambe et au bras gauche. Face congestionnée.

Les deux observations qui précèdent donnent à nos lecteurs une idée exacte de l'étude que nous avons entreprise et que nous poursuivrons dans le prochain numéro. (*A suivre*).

CLINIQUE MENTALE

NOTE SUR UN CAS DE MÉLANCOLIE AVEC STUPEUR A FORME CATALEPTIQUE, AVEC CONSERVATION DE L'INTELLIGENCE, AYANT DURÉ SIX ANS.

Par M. JULES VOISIN, médecin de la Salpêtrière.

Le malade qui est l'objet de cette observation est un mélancolique avec stupeur à forme cataleptique, ayant refusé les aliments pendant plusieurs années et étant resté dans le mutisme pendant cinq années consécutives. La mort arriva par tuberculose pulmonaire, et nous

trouvâmes à l'autopsie des lésions du plus haut intérêt.

Ce malade, comme l'a très bien démontré Baillarger, dans son mémoire de 1843 [1] avait conservé son intelligence, mais celle-ci était obsédée, dominée par des idées ou des hallucinations de nature triste. Quoique le malade ne nous ait jamais dévoilé l'objet de son délire, son aspect, sa physionomie, son regard intelligent et enfin les mots et les phrases qu'il prononça dans les derniers mois de son existence sont pour nous des preuves incontestables de l'intégralité de la conservation de son intelligence. La facilité avec laquelle il se mit à parler après six années de mutisme nous démontre encore la réalité de ce que nous avançons. En effet, si ses facultés avaient été anéanties, déprimées ou affaiblies, comme le veulent Esquirol, Georget, Morel, Guislain, etc., ce malade n'aurait pu parler si facilement. Une certaine éducation lui aurait été nécessaire, comme cela se voit chez un certain nombre d'autres malades atteints d'affections cérébrales.

Observation. — *Mélancolie avec stupeur à forme cataleptique. Refus d'aliments et mutisme pendant plusieurs années. — Usage subit de la parole à la suite d'une frayeur ou d'une ivresse provoquée — Asystolie sous l'influence d'une médication éthérée. — Amélioration de l'état mental coïncidant avec la marche de la tuberculose pulmonaire. — Mort.*

Autopsie. — *Légère congestion des méninges. Asymétrie des circonvolutions frontales. Dédoublement de la 1re frontale. — Prédominance exagérée de tout le lobe frontal sur le reste des circonvolutions. — Hypertrophie des circonvolutions rolandiques et du lobe paracentral. Atrophie des circonvolu-*

[1] Baillarger. — *Annales médico-psychologiques*, 1843.

tions sphéno-occipitales. (Cette observation a été recueillie par MM. Besançon et Vignalou internes du service).

Le nommé G... (Victor), menuisier, âgé de trente-deux ans, entra le 22 mai 1878 à l'hospice de Bicêtre, salle Marcé N° 6, dans le (service de M. Jules Voisin) avec le certificat médical suivant du docteur Lasègue : « Stupeur — Accidents cérébraux indéterminés en Afrique. Retour en France. Hébétude. Incapacité de travail. Accès de violence épileptiforme. — Brise, frappe. — Arrêté pour injures à son père. »

Parents bien portants. — Frères bien portants également. — N'a jamais eu d'attaques d'épilepsie. — A fait du service militaire et a été envoyé en Afrique aux compagnies de discipline pour vol. Il a éprouvé en Afrique des accès de fièvre, et des accidents cérébraux de nature indéterminée. Buvait un peu à cette époque. Il était sans doute fréquemment puni pour son apathie. — Sorti du service, il a eu des accès de violences épileptiformes. Il brisait, frappait. Il a été arrêté pour injures à son père. A son entrée, il est dans l'hébétude, dans la demi-stupeur. Il est dans l'attitude d'un mélancolique. Nous verrons graduellement cet état s'accentuer et s'aggraver, jusqu'à la lypémanie stupide, l'immobilité absolue, et presque la catalepsie.

1879. *Novembre.* — Reste toujours sombre et triste. On est parfois forcé de le pousser à manger. — Dort bien. — Dans la journée, hallucinations de l'ouïe. — Se détourne comme si on l'interpellait. — L'expression du visage est animée par moments. — Quand il se sent observé il a au contraire le regard fixe. — Il paraît indifférent. — Force musculaire conservée. — Bonne santé :

1880. *Mars.* — N'a toujours pas eu d'accès épileptiques. — Pas de violences. Même état mental — Même attitude. Tremblement assez prononcé de la langue. — Pas de tremblement des membres supérieurs. Anesthésie — Analgésie. — Cyanose des extrémités. — Répond à peine aux questions, ne parle pas de ses hallucinations. — Pupilles égales, petites. — Oreilles petites, ourlées, sans lobule.

Juin. — Même état. Se tient immobile comme une statue, ne répondant plus aux questions qu'on lui pose. — Est très malpropre. Hydrothérapie.

Septembre. — Devient gâteux.

Octobre. — Même état — Reste des heures entières debout, dans la cour, gardant l'immobilité la plus complète. Refuse de parler, ne répond même pas par signes, mais ses yeux suivent très bien les mouvements. — Comprend bien ce qu'on lui dit. Doit avoir des hallucinations. — Cyanose très prononcée des extrémités. Peau sèche. — Toujours d'une saleté repoussante.

1881. *Janvier.* — Mutisme absolu. — Immobilité. — Le malade ne réagit à aucune excitation. — Paraît insensible. Resterait au lit si on ne le levait pas. — On est obligé de l'habiller et de le faire manger.

On essaie les injections de pilocarpine, les aimants et les courants continus, qui n'amènent guère de changement dans l'état de la sensibilité. — Le malade sent sans doute les piqûres qu'on lui fait, mais il se refuse à le manifester. Il rougit très légèrement quand on lui pique fortement la cuisse. Le chatouillement du thorax produit un rire involontaire.

Juillet. — Depuis deux mois environ le malade se promène dans la cour, à pas très lents, et en gardant les bras collés le long du corps. Dans la salle il ne se lève et ne marche que quand on le pousse dans la direction où il doit aller. Dans quelque position qu'on le mette, il y reste jusqu'à ce qu'on vienne l'en enlever. Ne bouge même pas ses mains de place pour chasser les mouches qui lui dévorent le visage. Ptyalisme. — Quand on lui soulève les membres supérieurs il les tient étendus, mais ceux-ci tremblent. On voit que le malade fait effort.

Octobre. — Le mutisme et l'immobilité persistent.

Application d'aimants et de courants continus (15 éléments Daniell, sans résultat. Bains sulfureux.

1882. 8 *Janvier.* — Même état. Tentative infructueuse d'hypnotisme.

9 *Janvier.* — Commencement des injections d'éther. Ces injections d'éther sont continuées assez longtemps. Elle n'amènent pas de modifications sensibles dans l'attitude ou le caractère du malade. Mais elles produisent un résultat remarquable, après chaque injection, le pouls, la respiration et la température s'élevaient. Or, après dix-neuf jours d'injections, on voit survenir un affolement du cœur, une *véritable asystolie aiguë passagère*, avec intermittences cardiaques et œdème des membres inférieurs.

29 *Janvier*. — On supprime les injections d'éther, et tout rentre rapidement dans l'ordre.

1883. *Janvier*. — Même mutisme. Même immobilité. Refus de manger. On est forcé de le nourrir à la sonde. L'état général reste satisfaisant.

1884. *Janvier*. — Nous trouvons le malade assis sur une chaise au pied de son lit. Son immobilité est absolue. Les membres inférieurs sont fléchis à angle droit, les pieds reposant à terre. Les membres supérieurs sont étendus, les deux mains appliquées sur les genoux par leur face palmaire. Pas un trait du visage ne bouge. Les yeux sont grand ouverts, les pupilles égales, le regard fixe. La sueur perle en fines gouttes sur son front. Il est entièrement indifférent à ce qui se passe autour de lui. Il semble n'entendre ni ne voir les personnes qui lui parlent et cependant l'expression de son visage est celle d'un homme intelligent. Il ne prononce pas un seul mot. Cependant l'infirmier raconte que le soir, quand il l'a couché, G... lui dit quelquefois bonsoir.

Si l'on prend une de ses mains et qu'on la soulève, il la laisse dans la position qu'on lui a donnée, comme s'il était en état cataleptique, mais on voit qu'il fait effort pour garder cette position. Sa main tremble légèrement, son front se mouille de sueur ; au bout d'un moment quand la fatigue le vainct, il laisse retomber sa main.

Si on le lève, et qu'on le pousse dans une direction, il reste droit et raide comme un automate et il faut lui pousser les jambes l'une après l'autre pour le faire marcher. — Du reste il est connu à Bicêtre sous le nom de l'*Automate*.

Sa sensibilité paraît nulle, on peut le piquer sans qu'il réagisse, mais il sent évidemment et fait effort pour supprimer ses réflexes. Si on le pince très fort il réagit un peu ; l'infirmier dit que quelquefois quand on lui fait du mal, il dit : « Vous me faites mal, laissez-moi ». On provoque à volonté chez lui le réflexe de l'éternument, mais on voit qu'il résiste autant que possible avant d'éternuer.

Les dents sont serrées. Il ne respire jamais que par le nez ; il est assez sujet aux épitaxis. Quand il en a une, et qu'il a les fosses nasales remplies de caillots, il fait des efforts énormes pour respirer tout de même par le nez, et n'ouvre jamais la bouche. Si on lui pince les narines avec les doigts de façon à en déterminer l'occlusion, il se décide à respirer par la bouche.

On constate alors que son haleine est infecte et qu'il lui sort de la bouche une assez grande quantité de salive.

Il refuse toujours toute nourriture. Deux fois par jour on lui introduit de vive force un coin de bois entre les dents. On lui passe une grosse soude de caoutchouc, et on lui verse dans l'estomac un mélange de lait et de poudre de viande. Ce régime lui ayant donné de la dyspepsie, on a été forcé de lui faire le lavage de l'estomac.

Il va bien à la selle. Il ne gâte plus, car on le conduit deux fois par jour à la chaise percée. — Il urine bien également.

Rien dans les urines. — Rien au cœur. — La respiration est rude aux deux sommets. Expiration prolongée. Pas de bruits anormaux. Il ne tousse pas, ne crache pas.

Avril. — Un certain changement s'est opéré dans l'état de G... Il s'est mis à vomir ce qu'on lui donnait par la sonde. Il s'est affaibli. — Il est pâle, amaigri: Il est forcé de garder le lit. Depuis quelques jours, il accepte les aliments qu'on lui offre. Mais il ne mange pas seul. Il faut le nourrir à la cuillère. Il ne prend que du potage.

Il est toujours étendu sur le dos dans son lit, les yeux fixes, la tête immobile. Si on essaie de lui fléchir les membres, on sent des craquements et de la raideur dans toutes les articulations. On lui fait des mouvements communiqués pour éviter l'ankylose. Cet exercice paraît être très douloureux pour le malade. Il contracte ses muscles de la face, et crie : Holà !

1884. *Septembre.* — Même état de mélancolie stupide. Etat général assez bon. Aucun mouvement, aucune parole pendant la journée. Rigidité des membres. — Etat cataleptoïde. La nuit il se pelotonne en chien de fusil, et marmotte des paroles incohérentes.

1885. *Janvier.* — Même état. — Les excitations très fortes, les brulûres, le chatouillement forcé du thorax lui font prononcer quelques paroles. Il essaie de repousser ceux qui le taquinent. Dès qu'on l'a quitté, il retombe dans sa stupeur.

26 *Janvier.* — On essaie ce matin de l'enivrer. On lui fait boire, sans qu'il oppose grande résistance, 150 grammes de rhum et un peu de vin. Il prend cette boisson par fractions de 7 h. et demi à 8 h. et demi du matin. A la visite, à 9 heures, on le trouve dans l'attitude figée qui lui est habituelle. La raideur musculaire est la même. Mais le visage a un peu chan-

gé d'aspect. Il est légèrement coloré, les paupières clignotent, le regard est moins fixe.

On lui demande s'il a eu du plaisir à boire, il fait signe que oui. On lui parle de le faire déjeuner avec des huîtres, des truffes, du champagne, et de lui faire boire du café. Son visage exprime la satisfaction. Comme on l'interroge sur ce qu'il a mangé le matin, il répond nettement : « du bifteck ». On le presse de questions, on lui parle en souriant et en lui caressant le visage. Ses lèvres s'agitent, mais il ne prononce guère que des syllabes sans suite ou des fragments de mots comme un homme ivre.

On lui demande s'il veut aller voir des filles, s'il désirerait coucher avec une femme. Il fait oui de la tête et il se met à rire ; on le pousse alors hors de son lit, en lui disant : Viens. Mes ses yeux deviennent fixes et il garde son immobilité.

11 heures. — G... se met à rire aux éclats. — Son visage marque le contentement. Il se met à marcher, ouvre les robinets des lavabos : « Tiens ! comme ça coule, dit-il, combien de gouttes qui passent ? » Il tend la main à l'infirmier et lui dit : « C'est vous le garçon », et à la fille de salle : « Je vous remercie d'avoir soin de moi ». La raideur des bras et des jambes avait disparu. Il se croisait les bras sur la poitrine. Les jointures paraissaient très souples. Interrogé sur ses hallucinations il ne répond pas.

Midi. — Torpeur — Tendance au sommeil.

1 heure. — Agitation. — Il piétine, se débat, remue les bras et les jambes. Il jette son oreiller à terre en disant : « Que j'ai mal » — Pleurs et sanglots.

2 heures. — Abattement. — Plaintes sourdes. — Les membres supérieurs et inférieurs commencent à se raidir.

3 heures. — Il est retombé dans son état habituel.

Le soir à 9 heures et demie, nous arrivons près de son lit. Il est couché en chien de fusil, la tête penchée et inclinée à gauche, les yeux fermés. Sa respiration est silencieuse. — Notre présence le réveille évidemment. On l'interpelle, on le remue. Mais il se laisse faire, n'ouvre pas les yeux, garde la même attitude des membres. Il a l'aspect d'un homme qu'on veut faire sortir d'un profond sommeil, mais qui reste sourd aux excitations, et ne veut pas ouvrir les yeux ni remuer, crainte de se réveiller complètement. Dans la nuit, rien de nouveau sauf vers minuit quelques efforts pour vomir.

Les jours suivants le malade est retombé dans sa stupeur habituelle. Quand on lui demande s'il veut de nouveau s'enivrer, il répond non, de la tête. — La température périphérique est toujours abaissée. La température rectale est au taux normal. Le rapport normal de un à quatre entre les respirations et les pulsations n'est pas interverti. — Respirations, 16. — Pulsations, 70.

1885. *Février*. — Est toujours immobile : assis, ayant les bras appuyés sur ses genoux ou bien debout ayant les bras le long du corps. — Ne marche que si on le pousse et souvent il reste suspendu sur une seule jambe. — Ne mange pas. — On est obligé de lui mettre les cuillères de soupe dans la bouche. — Il avale d'un seul trait toute la cuillerée. — Quand on lui met du pain trempé dans du vin dans la bouche, il ne mastique pas, il avale d'un trait également. Est assez propre parce qu'on le met deux fois par jour sur la chaise percée. — On est obligé de le déshabiller. — Mutisme toujours absolu.

Mars. — A la promenade un de ses camarades ayant fait semblant de le jeter dans une carrière, il dit : « A l'assassin. Oh, le méchant ! » Il n'avait pas parlé depuis plusieurs années, si ce n'est quand on l'enivra le mois dernier.

Avril. — Même état. — Cependant le malade maigrit. Mutisme et état cataleptiforme.

22 *Juin*. — Depuis quelques jours, G... dit un mot par ci par là, et prend quelquefois des aliments tout seul et les porte à sa bouche. — Aujourd'hui il a parlé assez longuement avec un de ses camarades qui le taquinait. — Ses paroles sont ordurières et prononcées avec vivacité.

23 *Janvier*. — A mangé seul d'un bon appétit. A demandé à boire, de la moutarde de Dijon et sur une réponse négative a ri aux éclats. — A serré la main à plusieurs garçons et les a appelés « mes vieux frères ». — A fumé deux cigarettes et un cigare, et a battu la mesure sur ses genoux en entendant une sonnerie de cavalerie. — A demandé de l'absinthe et a dit l'aimer beaucoup.

24 *Juin*. — S'est levé et habillé seul, — A mangé seul et a parlé à plusieurs reprises différentes mais il emploie toujours des mots grossiers.

Août. L'amélioration mentale que l'on constata en juin s'est maintenue. Le malade répond de temps en temps aux questions

qu'on lui pose. — Mange le plus souvent tout seul ; mais conserve encore sa démarche raide, automatique. — Très souvent on est obligé de l'habiller. L'amaigrissement fait encore des progrès. Toux rare, sèche. Rudesse aux deux sommets. Fièvre vespérine.

25 *Octobre*. — Etat mental le même. — Répond aux questions qu'on lui pose. Ne veut pas dire ce qui l'empêchait de parler. La tuberculose fait des progrès. — Sueurs et fièvre nocturnes. — Petite excavation au sommet droit. — Perte d'appétit. Ne veut plus manger.

1er *Novembre*. — Affaiblissement graduel. — Gargouillement aux sommets. — Quand on le presse de questions, il dit: Laissez-moi tranquille, je souffre trop. — Il meurt le 11 novembre.

AUTOPSIE. — *Cerveau*. Les méninges sont injectées. Arborisations rouges, très fines, étendues sur toute la convexité du cerveau. — Décortication facile qui n'entraîne pas de substance cérébrale. Sur la face inférieure les méninges sont plus minces qu'à la face convexe et moins vascularisées. — Le cerveau une fois décortiqué, il y a, à première vue, une différence très appréciable en étendue entre le lobe frontal et les lobes postérieurs. Le lobe frontal mesure le long du bord interne, depuis la partie antérieure jusqu'à l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando 18c et nous trouvons depuis l'extrémité supérieure de cette scissure jusqu'à la pointe occipitale 7 centimètres et demi.

Poids :	Hémisphère droit	581 gr.
	Hémisphère gauche	581 gr.
	Cerveau entier	1162 gr.
	Cervelet	165 gr.
	Encéphale entier	1327 gr.

Les circonvolutions frontales sont petites, peu saillantes, repliées sur elles-mêmes. — La première circonvolution frontale est asymétrique. Celle du côté droit se divise en deux à partir du tiers antérieur. La branche interne est petite, tandis que la branche externe est plus volumineuse. La première frontale gauche se divise à partir du quart antérieur et les deux branches sont à peu près d'égal volume.

A première vue on est frappé aussi de la saillie que forment les deux rolandiques à leur partie supérieure du côté gauche,

saillie qui dépasse de quelques millimètres au moins celle du côté droit quoique celle-ci soit déjà plus en relief qu'à l'état normal. — Le lobule paracentral est plus saillant qu'à l'état normal aussi bien du côté droit que du côté gauche, mais le lobul paracentral gauche est plus hypertrophié et plus long que celui de droite. Les rolandiques sont asymétriques également. Celles du côté droit présentent des flexuosités et des plis de passage plus nombreux qu'à gauche. — En arrière des rolandiques les circonvolutions sont très petites et comme ratatinées. Il y a de très nombreux plis de passage. — A la coupe on constate de la fermeté notable de la substance cérébrale dans toute l'étendue. En pratiquant les coupes de Pitres on voit que la substance nerveuse est pâle dans tout son ensemble mais surtout au niveau de la couche optique et du noyau extraventriculaire.

Poumons. — Excavations aux deux sommets, surtout à droite, et infiltration tuberculeuse dans le reste des poumons. Plusieurs cavernes à droite contenant peu de pus. — Rien à signaler pour le *cœur* et les *organes de l'abdomen.*

Réflexions. — Ce qui nous frappe dans cette observation, c'est la durée du mutisme (5 ans) et celle du refus des aliments (2 ans), ainsi que la conservation de l'intelligence pendant un laps de temps aussi long. Le cri de détresse « à l'assassin ! oh ! le méchant ! » que ce malade jeta après cinq années de mutisme, le jour où, dans une promenade autour du fort de Bicêtre, son camarade fit semblant de le précipiter dans une carrière, nous montre que cet individu apprécia parfaitement le danger. Son premier mot est celui de la terreur, et le second est celui de la réflexion. La phrase qu'il débita le jour où on l'enivra vient encore à l'appui de cette théorie. L'intoxication alcoolique chez lui détruisit l'harmonie dans ses idées délirantes et nous pûmes alors entendre ses réflexions sur les objets qui l'entouraient et qui avaient été posés là depuis sa maladie :

L'amélioration mentale du sujet, coïncidant avec l'aggravation des symptômes de la tuberculose, doit aussi attirer notre attention. Il semble que la diminution des forces physiques du malade soit la cause de la diminution de la force de résistance à parler. Il y a là, sans aucun doute, une corrélation de cause à effet qui a déjà été signalée, mais dont l'interprétation n'a pas été bien définie. Le mode du début de la maladie est très intéressant aussi à signaler. Nous voyons, en effet, comme cela se voit dans la plupart des cas de mélancolie avec stupeur, la maladie débuter par une excitation maniaque violente. Il semble que le malade, à bout de force, ne puisse plus lutter contre ses idées et ses hallucinations terrifiantes. — Il est dominé, et alors tous les symptômes de la stupeur apparaissent.

Les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie sont du plus haut intérêt. Au lieu de rencontrer, comme M. Etoc Demazy l'avait signalé dans sa thèse[1] de l'œdème du cerveau et des méninges, nous trouvâmes une légère congestion des méninges, de l'asymétrie des circonvolutions, des hypertrophies et des atrophies d'un certain groupe de circonvolutions. Ces dernières lésions ont dû jouer un certain rôle dans la forme mentale de la maladie de cet individu mais nous ne pouvons encore, vu nos connaissances scientifiques sur ce sujet, nous appuyer sur elles pour en tirer toutes les conséquences qu'elles comportent. L'examen histologique faisant défaut, nous ne pouvons dire aussi si ces lésions sont consécutives à un travail inflam-

[1] Etoc Demazy. — *De la stupidité considérée chez les aliénés.* Thèse, Paris, 1833.

matoire ou à une disposition congénitale de l'individu. — Quoi qu'il en soit, la disproportion entre la partie antérieure du cerveau et sa partie postérieure, en prenant les circonvolutions rolandiques pour terme de séparation, doit nous expliquer en partie la conservation de l'intelligence de cet individu, son mutisme obstiné et son manque de sentiments affectifs.

Devons-nous, comme M. Luys l'a noté[1], admettre que l'hypertrophie des parties supérieures des circonvolutions rolandiques et du lobe paracentral soit en rapport avec les hallucinations et l'agitation du début de la maladie ? C'est possible, mais nous ne pouvons l'affirmer ; nous devons, au contraire, faire remarquer que cette agitation avait fait place déjà depuis six années à de la stupeur. Aussi devons-nous faire des réserves, dans ce cas, sur le rôle de cette hypertrophie, à moins d'admettre que cette hypertrophie était plutôt apparente que réelle, vu l'état de ratatinement des circonvolutions voisines ; ce que je ne crois pas, malgré le manque d'examen histologique, car ces circonvolutions étaient trop saillantes et dépassaient trop en hauteur les circonvolutions frontales, qui paraissaient normales. Nous ne pouvons donc, dans ce cas, que nous livrer à des hypothèses. Il en serait de même pour tirer une conséquence du dédoublement de la 1re circonvolution frontale. Nous aimons mieux nous abstenir. Nous relatons seulement les faits. Il y a là un champ d'études des plus intéressants à cultiver et que nous ne parviendrons à bien connaître que par la multiplicité de cas semblables.

[1] Luys. — *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, 1881.

Avant de terminer ces réflexions, j'attirerai encore l'attention sur les injections d'éther. Au lieu d'obtenir de l'excitation cérébrale, nous avons obtenu de l'excitation du cœur, et cela à un point tel que le cœur a été forcé et que nous avons vu se développer sous nos yeux les symptômes de l'asystolie. Ceci nous prouve qu'il faut agir avec prudence dans ces cas. Quand, après quelques injections on ne voit pas survenir d'amélioration, il faut s'abstenir de prolonger le traitement, car des désordres irréparables pourraient surgir.

PATHOLOGIE NERVEUSE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DE LA SURDITÉ VERBALE

(*Suite* [1])

Par le Dr H. ARNAUD (de la Jasse).

VI. Quelques faits cliniques que j'ai eu l'occasion d'observer m'ont conduit à admettre un autre type de surdité des mots, à laquelle je donnerai le nom de *surdité verbale brute*. Les faits observés sont au nombre de six ; mais comme pour trois d'entre eux il me faudrait avoir recours à des notes fort incomplètes ou à de simples souvenirs, je me bornerai à la relation des trois autres.

[1] Voy. tome XIII, p. 177.

OBSERVATION I. — *Surdité verbale incomplète. — Imagination normale des mots parlés. — Défaut d'amnésie verbale. — Articulation des mots normale.*

X... (F.), cultivateur, né et domicilié à S...-G... (Gard), cinquante-cinq ans, constitution assez faible. Pas d'antécédent pathologique bien accusé, soit personnel, soit héréditaire. Vit avec son frère aîné et ses deux sœurs, d'une vie paisible, sans excès d'aucune sorte, et dans une modeste aisance : le frère est cardiaque (avec facies caractéristique, souffle à la pointe couvrant le premier bruit, hypertrophie du cœur et accès d'asystolie) ; les deux sœurs, une d'elles surtout, sont hémorrhoïdaires ; lui est chétif, athéromateux, semble plus âgé qu'il ne l'est en réalité, et est incapable d'un travail suivi. Tous quatre sont d'intelligence assez bornée, surtout celui qui fait l'objet de cette observation. Très peu instruit, F. sait à peine lire, non sans erreurs ; il n'a jamais su écrire ; les sens, sauf celui de l'ouïe, ne présentent rien d'anormal ; aucun trouble fonctionnel à signaler concernant la sensibilité et la motilité. — Du rhumatisme dans les antécédents héréditaires, comme chez bon nombre de campagnards.

Je vois le malade le 18 juillet 188... par hasard, appelé par un autre membre de sa famille. — Il est considéré comme sourd par son entourage, depuis au moins une quinzaine d'années ; et il est en effet incapable de comprendre une conversation ordinaire, et d'y prendre part. Je m'assure pourtant qu'il entend assez bien le tic-tac de la montre à deux centimètres des oreilles ; la sonnerie de la pendule, les tambours qui passent dans la rue, le bruit des meubles qu'on déplace, le tintement des cloches, etc., sont aussi perçus par lui et interprètés avec une netteté suffisante. Il entend également le bruit de la voix, avec moins d'intensité, il est vrai, qu'une personne jouissant de la plénitude de l'ouïe, mais pourtant avec une clarté qui contraste avec son impossibilité de comprendre la parole. Celle-ci est perçue par lui comme un murmure confus, inarticulé, sans signification. Quand je lui parle naturellement, sans précaution, sans renforcer ma voix ; quand j'adresse la parole aux membres présents de sa famille, F... ne me comprend pas ; il est incapable de répéter ce que je dis, de répondre à mes questions. J'élève la voix, je crie, je me rapproche de lui sans plus de succès.

Alors en élevant modérément la voix, j'articule nettement, lentement les syllabes des mots que je lui adresse, et aussitôt je m'aperçois, et sa famille est tout étonnée de constater comme moi, qu'il saisit parfaitement les mots que je prononce, qu'il répond correctement aux questions, qu'il répète mes paroles sans difficulté; et cela aussi bien en patois, sa langue habituelle, qu'en français, dont il se sert plus rarement.

Il n'y a d'ailleurs chez F... aucune aphémie proprement dite; il articule les mots assez bien par rapport à son degré d'instruction et d'intelligence; il lit à haute voix d'une façon assez peu correcte, mais il n'a jamais mieux lu. — Il entend la parole parfois dans ses rêves; mais il ne comprend pas ce que je veux dire quand je lui demande s'il peut à volonté imaginer, se représenter mentalement un mot parlé. Il n'a pas trace apparente d'amnésie verbale.

Aucune altération de l'oreille; pas de bourdonnement; pas d'écoulement par le conduit auditif externe. L'intelligence, bien que bornée, n'est pas altérée.

Ce fait me semble un exemple évident de surdité verbale. Celle-ci est incomplète, il est vrai, mais pour la conversation normale, elle est aussi complète que possible, alors que le son de la voix est parfaitement perçu. Ce qui caractérise donc le fait actuel, c'est, avec l'impossibilité de répéter les mots d'une conversation ordinaire et de les comprendre, la possibilité de se représenter les mots parlés (rêves) et le défaut d'amnésie orale et de troubles de l'articulation des mots.

Il y avait également défaut d'amnésie et articulation normale dans le cas de M. Giraudeau; mais on pouvait alors s'expliquer cela par l'intégrité et le développement de la *mémoire des images écrites*, qui suppléait en quelque sorte la mémoire des images orales; ici il est impossible d'admettre pareille suppléance; d'ailleurs le malade s'exprime plus facilement encore en patois

qu'en français, et pourtant il ne s'est jamais exercé à lire dans la première de ces langues, et par suite il ne saurait avoir la mémoire de ses images écrites.

Je conclus de là que, si l'amnésie verbale est absente chez ce malade, s'il rêve de mots entendus, s'il articule correctement les mots, c'est que le centre des images orales est intact chez lui et en rapport normal avec l'entendement; la surdité verbale ne peut donc être attribuée qu'à une lésion (appréciable ou non) des voies cérébrales destinées à conduire la parole jusqu'au centre des images orales (fibres appartenant au faisceau cérébral sensitif).

Il sera toujours bon, pour établir le diagnostic de ce type de surdité verbale, de s'assurer de la conservation de l'imagination orale, soit volontaire, soit involontaire (rêves, rêverie). On n'a pas, que je sache, tenté de le faire pour le malade de M. Giraudeau; mais il est probable que, dans ce cas, étant donné la lésion du centre des images verbales auditives constatée à l'autopsie, on aurait constaté l'atteinte de l'imagination orale. Au contraire de ce qui se passe dans la surdité verbale centrale, l'imagination orale n'est pas atteinte dans la surdité verbale brute.

OBSERVATION II. — *Surdité cérébrale partielle. — Surdité verbale brute et incomplète. — Imagination volontaire et involontaire de la parole possible. — Pas d'amnésie verbale ni de trouble de l'articulation.*

Le 1er juillet 188..., me trouvant à Nîmes, chez M. B... je fis la connaissance de son père, vieillard de soixante-deux ans, vif et alerte, né à S... (Gard) habitant S...-L... (Gard); bonne santé habituelle, intelligence intacte, mémoire bien conservée; tempérament lymphatico-sanguin; ancien propriétaire et viticulteur, maintenant n'exerçant pas de profession active,

mais séjournant à peu près continuellement dans un air vicié par la fumée du tabac, M. B... père est grand fumeur lui-même. Pas d'antécédent pathologique, ni d'autre habitude nuisible méritant d'être signalés. Tandis que nous causions, je voyais M. B... père tendre l'oreille en contractant les traits et ne paraissant même pas toujours comprendre ce que l'on essayait de lui faire saisir en élevant la voix. Je me mis alors à lui parler très bas, mais très lentement, en scandant les mots, et je m'aperçus qu'il me comprenait parfaitement, et répondait sans erreur, sans retard, à mes questions. On nous laissa seuls un instant. J'en profitai pour questionner M. B... au sujet de sa dureté d'oreilles. Il m'apprit que son infirmité durait depuis huit ans environ ; qu'elle avait débuté par des bourdonnements d'oreille, qu'elle était d'abord très inégale dans sa marche; mais qu'il n'avait jamais eu ni d'écoulement par le conduit auditif, ni de douleur à ce niveau. Il avait toujours bien entendu la plupart des bruits; il entendait surtout très nettement le son de la voix humaine ; mais il ne pouvait distinguer ce qu'on disait qu'en prêtant une grande attention; certains jours même, il ne comprenait pas du tout. A l'heure actuelle, les bourdonnements d'oreille avaient beaucoup diminué d'intensité et ne l'incommodaient plus; il entendait parfaitement et comprenait la musique, le bruit des meubles déplacés, le sifflet de la locomotive, le tintement métallique d'une pièce projetée sur le sol, la sonnerie de la pendule, etc.

J'approchai ma montre de son oreille, et il lui fut impossible d'en entendre le tic-tac, alors même que je la pressais fortement contre l'oreille. C'est le seul bruit qu'il fut incapable de discerner parmi les sons nombreux que j'avais eu l'occasion de lui signaler; il entendait très bien tous les autres sons, et saisissait parfaitement la parole, bien que je m'exprimasse à voix très basse, pourvu que j'eusse le soin de bien articuler les mots. Je vis bien d'ailleurs que ce n'était ni les mouvements du visage ni ceux des lèvres qui l'aidaient à comprendre, car il répondait tout aussi correctement quand il ne me regardait pas. Aucun trouble du côté des autres sens ni de l'appareil neuro-musculaire en général.

D'ailleurs pas d'amnésie verbale ; le langage écrit, normal dans ses diverses manifestations, l'articulation des mots, normale et facile; enfin M. B... peut rêver des paroles entendues et peut se représenter mentalement, à volonté, les mots parlés.

Ici encore la surdité verbale incomplète ne me semble pas douteuse ; elle existait, il est vrai , à un assez faible degré, surtout au moment de mon examen ; mais je tiens à insister sur ce point, quand on parlait vite, M. B... ne saisissait la parole qu'au prix des plus grands efforts, et parfois même ne la comprenait pas du tout, bien qu'on élevât la voix, tandis qu'il comprenait à demi voix pourvu qu'on articulât lentement.

L'intégrité absolue de l'imagination orale me fait penser qu'il s'agit ici d'un cas de surdité verbale brute.

Il me paraît aussi intéressant de noter dans cette observation la coïncidence d'une surdité corticale partielle, bornée au tic-tac de la montre, avec la surdité verbale. Et cette coexistence vient à l'appui de mon diagnostic de surdité verbale brute. En effet, les fibres cérébrales aboutissant au centre auditif des mots doivent appartenir toutes au faisceau sensitif et doivent être très voisines les unes des autres. On peut s'expliquer dès lors la coexistance fréquente de la surdité corticale partielle et de la surdité verbale brute. J'ai le souvenir très net de deux cas de ce genre, dont je n'ai malheureusement pas recueilli l'observation; je vais en montrer un nouvel exemple.

OBSERVATION III. — *Surdité verbale brute. — Surdité corticale partielle. — Pas d'amnésie verbale. — Pas de trouble de l'articulation des mots. — Imagination possible des mots parlés.*

B... (Louis), né et domicilié à Ch... (Gard), âgé de quarante-deux ans, tailleur de pierres, bonne santé habituelle, tempérament sanguin. Pas d'antécédent pathologique notable, soit personnel, soit héréditaire. — Marié et père de famille ; ses enfants au nombre de trois, tous vivants, ne présentent rien de particulier. Sa mère, morte à un âge avancé, était sourde. Quant à lui, il se dit atteint de surdité depuis plus de dix

ans; la surdité est allée en augmentant graduellement, et aujourd'hui, au dire des personnes qu'il fréquente, il n'est pas possible de se faire entendre de lui, pour si fort que l'on crie. Aucune atteinte appréciable des autres sens, ni du système neuro-musculaire. — Athérome artériel très prononcé. — Le malade n'a jamais eu de maladie apparente de l'oreille, pas d'écoulement; les parties de l'oreille accessibles à l'examen ne présentent rien d'anormal. – C'est un buveur émérite, surtout d'absinthe. Il a le facies alcoolique et le tremblement très prononcé. Il est encore plus sourd que d'habitude quand il est sous l'influence de sa boisson favorite. — Il est d'ailleurs très intelligent, et sa femme se fait aisément comprendre de lui par ses gestes et l'expression de sa physionomie : « avant qu'elle m'ait parlé, dit-il, je sais ce qu'elle veut dire. »

Pour un homme de sa condition, il écrit et calcule assez bien ; il tient lui-même ses comptes et ne se trompe guère dans le calcul de ses heures de travail ; il lit également sans peine et assez correctement l'écriture soit imprimée, soit manuscrite. B... prétend qu'il entend mieux de l'oreille gauche que de la droite, et il tend toujours la première, quand on lui parle ; en réalité la différence, si elle existe, me paraît assez minime en ce qui concerne les sons ; quant à la parole, il l'entend réellement mieux de l'oreille gauche ; je n'ai pas pu me faire comprendre de lui en lui parlant du côté droit.

On est tout d'abord frappé, en examinant le malade, de l'inégalité de sa perception auditive pour les différents bruits. Ainsi, c'est à peine s'il entend du côté gauche le tic-tac de la montre ; je n'assurerais même pas, malgré des affirmations trop vagues, qu'il l'ait entendu ; mais il entend assez bien le bruit d'une chaise qu'on agite, celui d'une pièce de monnaie jetée sur une table de marbre, d'une pendule qui sonne, d'une locomotive qui siffle, il prétend même entendre les instruments de musique et distinguer les airs. Quoi qu'il en soit, il entend le son de la voix, bien qu'avec moins de netteté qu'à l'état normal.

On a beau élever la voix, B. Louis entend le son ainsi produit, mais il ne comprend pas un mot de ce qu'on lui dit ; il ne peut rien répéter ; tout se réduit pour lui à un son sans signification aucune. Après avoir vainement essayé de me faire comprendre en criant, je m'approche de son oreille gauche, je lui adresse la parole, sans élever sensiblement la voix, mais en ayant soin d'articuler très nettement, lente-

ment, syllabe par syllabe. Je lui pose ainsi diverses questions auxquelles il répond correctement, répétant aussi parfois les mots entendus, à son grand étonnement, et à l'étonnement des personnes présentes ; or, comme il ne peut, dans la position que j'occupe en lui parlant, voir ma physionomie, s'il me comprend, c'est bien parce qu'il m'entend.

Le dialogue suivant s'établit entre nous : « Comment vous appelez-vous ? — B. Louis. — Entendez-vous ce que je vous dis ? — Je vous entends bien mieux que les autres. Je donnerais bien ma fortune pour être guéri. — Quand on vous parle est-ce que vous n'entendez pas le bruit de la voix ? — J'entends le bruit que l'on fait en parlant, mais je ne comprends pas ; j'aimerais bien que vous me guérissiez... mais il y a trop longtemps que je suis sourd. — Vous pouvez facilement améliorer vous-même votre infirmité. — Que dois-je faire pour cela ? — D'abord vous priver de boire ; vous absorbez trop d'absinthe. — C'est vrai, dit-il en souriant, j'ai ce défaut-là. Ne me blâmez pas trop. — Je ne vous blâme pas ; nous avons tous nos défauts ; mais, dans votre intérêt, je vous engage à vous corriger. — Vous avez raison, chacun a ses défauts ; mais je n'ai que celui-là je tâcherai de me corriger... »

B. (Louis) continua à me fournir ainsi sans trop de difficulté les renseignements dont j'avais besoin pour compléter son observation. — Quand on s'exprimait devant lui avec les précautions indiquées, il entendait le patois, aussi bien que le français, et dès qu'il entendait, il comprenait aussitôt, et répétait ou répondait sans peine. — Il ne présentait aucune amnésie verbale, pouvait rêver de mots entendus ; il m'a même répondu affirmativement, quand je lui ai demandé s'il pouvait se représenter mentalement les mots entendus. — Aucun autre trouble à signaler dans la sphère du langage soit écrit, soit parlé.

A la suite de notre entretien, B. Louis, enthousiasmé, voulait absolument que je lui continuasse mes soins ; il voulait venir me voir tous les jours, se soumettre au traitement. Depuis lors je ne l'ai plus revu ; il a trouvé sans doute plus commode de se livrer à sa passion habituelle que de suivre mes conseils.

Ce fait me semble de même ordre que les précédents. C'est le plus accusé des trois; j'avais une assez grande

peine à me faire comprendre; il fallait m'approcher très près de l'oreille gauche, et sans trop élever la voix, articuler d'une façon trés nette, très lente; parfois il me fallait répéter la question.

Si le malade ne comprenait pas, ce n'est pas par suite du défaut d'audition de la voix; il entendait toujours suffisamment celle-ci; mais il ne pouvait y discerner des paroles ayant un sens. C'est donc bien un exemple de surdité verbale; à celle-ci s'ajoutait un peu de surdité corticale, car la plupart des sons, bien que perçus, ne l'étaient pas avec la même intensité qu'à l'état normal.

Voilà donc trois faits dont le premier et le troisième surtout sont aussi nets que possible; ils indiquent une surdité verbale sans trace d'amnésie verbale, sans perte ou diminution appréciable de l'imagination orale, sans trouble de l'articulation des mots. On ne saurait prétendre dans les cas de X. F... et de B. L... que le centre des images orales était suppléé par le centre des images écrites, puisque la mémoire des images écrites, assez peu développée chez eux pour la langue française, n'existait certainement pas pour le patois. Dans le cas de M. B.., où, pour expliquer l'intégrité du langage oral on aurait pu invoquer la suppléance de la mémoire des images graphiques, l'imagination orale était parfaitement normale. Donc, dans aucun de nos trois faits la surdité verbale ne résulte d'une atteinte du centre de la mémoire des images orales (*m p*, *fig.* 4). Elle ne résulte pas davantage de la lésion du trajet qui va du centre *m p* à l'entendement IV (*m p*; IV, *fig.* 4), puisque l'imagination orale est possible et normale, puisqu'il n'y a pas répétition des

mots, sans intelligence préalable de ceux-ci. Je pense donc que l'on doit attribuer cette surdité verbale à une lésion de la partie du faisceau sensitif affectée à la conduction de la parole qui aboutit au centre des images orales (*trajet b m p, fig.* 4.)

On comprend très-bien, s'il en est ainsi, que l'image orale ne puisse être réveillée, quand on s'exprime normalement, dans le centre auditif des mots, et, quand la surdité verbale brute est complète, cette impossibilité de réveil doit être absolue. Il n'en était pas ainsi dans les trois faits rapportés plus haut; la surdité verbale brute était imcomplète ; on pouvait à l'aide d'un artifice forcer l'obstacle situé sur le trajet *b m p* (*fig.* 4). et faire parvenir les mots, articulés avec une netteté suffisante, jusqu'au centre des images orales; dès ce moment les images verbales réveillées étaient facilement comprises et pouvaient provoquer non moins aisément, en agissant sur le centre de Broca, la répétition des mots. Je ne vois pas d'autre interprétation possible des faits observés[1].

VIII. — Faut-il faire figurer dans la surdité verbale les faits analogues à celui qu'a observé Fraenkel? [2] « Mais il est encore aujourd'hui incapable de comprendre ce qu'on lui dit, malgré l'intégrité de son appareil auditif, car il répète chaque mot qu'il entend. Dans les choses journalières, l'idée correspondante au mot entendu lui fait défaut. Ainsi F... lui demande ce

[1] Lichteim a déjà rapporté un cas suffisamment net de surdité verbale brute, que je ne connaissais pas lorsque j'ai observé et relaté les miens. (Lichtelm Ueber Aphasie di *Deutsch. Arch. für Klinisch. med.*, 1885, p. 238.

[2] Fraenkel. *Ein Fall Von Worttanbeit (Berlin. Klin. Woch.* 29 Août 1883. *In Revue des Sc. méd.* de Hayem, t. XXIV, 1re face, p. 153.

que c'est que des ciseaux. Aussitôt le malade regarde sa femme, comme pour lui demander conseil, et répond : Des ciseaux, certainement voilà un mot que j'ai entendu. Quest-ce que c'est donc ?... »

Ce sont là en effet des surdités verbales, mais d'un type qui diffère de tous ceux que nous avons passés en revue. Il est évident que dans le cas actuel, la question a été nettement perçue par l'entendement ; que le mot *ciseaux* a été répété, non pas comme dans les faits déjà cités de Marcé, de Béhier, de Voisin, d'une façon brute, inconsciente, mais d'une façon consciente, volontaire, réfléchie ; l'entendement a donc parfaitement saisi le mot *ciseaux*, seulement il ne l'a pas compris, absolument comme s'il avait appartenu à une langue inconnue ; il y a eu perte, non pas de l'audition verbale, mais de sa *compréhension représen-*

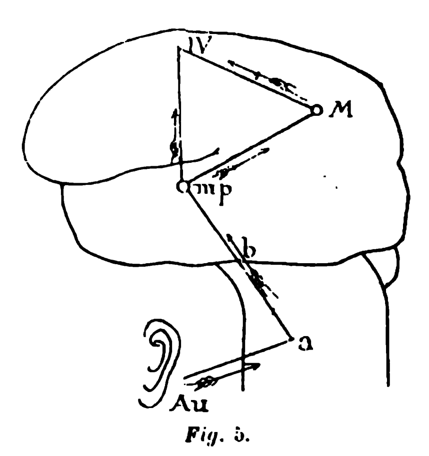


Fig. 5.

tative. Les cas de ce genre me paraissent devoir être considérés comme constituant une forme spéciale de surdité verbale, à laquelle je donnerai le nom de *re-*

présentative. Pour bien comprendre l'explication dont est susceptible la *surdité verbale representative* cherchons d'abord à nous figurer le mécanisme normal de l'intelligence de la parole.

Normalement la parole s'introduit par *Au*, (*fig.* 5) suit le trajet *am bp* et provoque *m p* (1re cir. temp. gauche) l'image orale correspondante. — Celle-ci par la voie *m p* IV est saisie par l'entendement IV. — A ce moment l'entendement perçoit les mots *en tant que mots*, il se rend compte des syllabes dont ils se composent, il se représente nettement leur image auditive, il peut provoquer leur répétition consciente, réfléchie; mais il n'en saisit pas pour cela nécessairement la signification représentative. Si les mots sont entendus pour la première fois, s'ils appartiennent à une langue inconnue, leur sens ne pourra être perçu par l'entendement. Un homme qui ignorerait la langue française et qui entendrait prononcer pour la première fois le mot *ciseaux* le saisirait très nettement en tant que mot, mais ne pourrait savoir quel est l'objet auquel il se rapporte.

Comment s'expliquer qu'un mot n'ayant d'abord aucune valeur représentative en acquière plus tard une bien déterminée ? En admettant une communication directe entre le centre des images orales (*mp* *fig.* 5) et le centre ou les centres des images représentatives[1], figurés schématiquement en M (*fig.* 5), Par la voie *mp* M *l'image orale* ira éveiller une *image représentative* correspondante, et pendant que celle-ci sera perçue (voie M IV) le mot sera aussi perçu par

[1] Je désigne ainsi le centre ou les centres des images correspondantes aux objets, aux phénomènes, et aux qualités, etc.

l'entendement (voie *m p* IV). Ainsi s'établira entre l'image orale et l'image représentative, et par suite entre le mot et l'objet un rapport d'équivalence.

Cela posé, si une interruption se produit dans le trajet *m p* M (*fig.* 5), le mot continuera bien à être perçu en tant que mot, mais l'image représentative correspondante ne pouvant plus être réveillée, le mot nettement perçu restera dépourvu de toute signification; en entendant le mot *ciseaux*, par exemple, en en conservant l'image orale très distincte, le malade ne pourra plus en comprendre le sens.

Pourtant en lui-même l'objet sera compris en tant qu'objet, comme le mot en tant que mot; seule la relation du mot à l'objet sera perdue : tel sera le résultat inévitable de la lésion du trajet *m p* M (*fig.* 5).

En résumé il résulte de cette étude, que nous pouvons admettre six types de surdité verbale, suffisamment distincts tant au point de vue symptomatique qu'au point de vue de la physiologie pathologique ; ce sont les suivants :

1° La *surdité verbale brute*, caractérisée par le défaut *d'audition brute* des mots, qui ressemblent à un murmure confus, sans signification; par l'intégrité de l'imagination orale, volontaire et involontaire; par l'impossibilité de répétition des mots prononcés par autrui; par l'absence d'amnésie orale et de troubles dans l'articulation de la parole. — La surdité verbale brute paraît en outre coïncider fréquemment, sinon constamment, avec la surdité corticale partielle.

2° La *surdité verbale centrale* (*type Giraudeau*) caractérisée par la perte de la perception nette de la

parole (et sans doute aussi par la perte de l'imagination orale) et par l'impossibilité de répéter les mots sans autre trouble du langage.

3° La *surdité verbale centrale* (*des illettrés et des auditifs*) caractérisée par le défaut de perception nette de la parole, par le défaut d'imagination orale, par l'amnésie orale, par l'impossibilité de répéter les mots, et de plus par des troubles moteurs du langage parlé pouvant stimuler une véritable aphémie.

4° La *surdité verbale mentale* (*avec défaut complet d'intelligence des mots*), caractérisée par l'impossibilité de comprendre et d'imaginer la parole, avec possibilité de répéter les mots prononcés par autrui, sans que ces mots aient aucune signification pour celui qui les répète (Echolalie sans intelligence des mots)

5° La *surdité verbale mentale* (*avec intelligence des mots consécutive à leur articulation*), caractérisée par le défaut primitif d'intelligence des mots prononcés par autrui, et le défaut d'imagination orale, avec possibilité de répéter les mots prononcés par autrui et de comprendre ces mots consécutivement à leur répétition (Echolalie avec intelligence des mots).

6° Enfin la *surdité verbale représentative*, caractérisée par la possibilité de saisir nettement les mots parlés, de les imaginer et de les prononcer correctement, et par l'impossibilité d'en comprendre la signification, comme s'ils étaient articulés dans une langue inconnue.

C'est par l'observation clinique que j'ai été conduit

à admettre ces divisions, dont je me suis occupé ensuite à rechercher l'interprétation théorique rationnelle. En agissant ainsi je ne crois pas m'être sensiblement écarté de la méthode générale adoptée par M. Charcot, notre maître à tous en pathologie nerveuse, de la méthode anatomo-clinique. Quelques-unes de mes divisions n'ont pas encore, il est vrai, de sanction anatomique, et à défaut de cette preuve irrécusable, j'ai dû me contenter de l'observation clinique et de la physiologie pathologique. En admettant que mes explications ne soient pas plus tard, vérifiées, je n'en aurai pas moins essayé d'établir une distinction des diverses formes de la surdité verbale aussi commode et aussi complète que le permet l'état actuel de nos connaissances ; et ne serait-ce que comme moyen commode de fixer facilement dans la mémoire les différents types cliniques de la surdité des mots, je vais, en terminant, reproduire dans son ensemble le schéma à l'aide duquel il m'a été possible d'en expliquer la production.

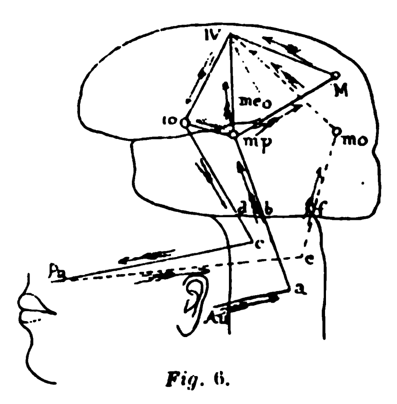


Fig. 6.

La parole pénètre en *Au* et parcourt le trajet *Au a b mp*. (Dans le cas de lésion du trajet *b mp*, il y a *surdité verbale brute*.) Arrivée au centre *mp* (I. C. T. G.) il y a

production ou réveil des images orales. (Dans le cas de lésion du centre *mp*. il y a *surdité verbale centrale*. — Par la voie *mp io*, les images orales communiquent avec le centre de Broca *io*, et peuvent mettre en jeu ce centre, d'où répétition brute et inconsciente des mots. (Voie *Au a b mp io d c P a.*). — Par la voie *mp* IV, les images orales sont en communication avec l'entendement IV, qui perçoit ces images et les mots correspondants, (La lésion du trajet *mp* IV entraine la *surdité verbale mentale.*) Par la voie *mp* M les images orales sont mises en rapport avec les images représentatives, et peuvent provoquer l'apparition de ces dernières, qui sont perçues par l'entendement (voie M *IV*). (La lésion du trajet *mp* M produit la *surdité verbale représentative.*) — Par la voie *P a ef mo* IV, l'entendement perçoit et apprécie les mouvements de la parole. (La lésion d'un point quelconque du trajet *P a ef mo* IV entraine la perte de la mémoire des mouvements de la parole ; — quand cette lésion coexiste avec celle du trajet *mp* IV, il y a *surdité verbale mentale avec défaut complet d'intelligence des mots* ; — quand la lésion du trajet *mp* IV existe seule, il y a *surdité verbale mentale*, *avec intelligence des mots consécutive à leur articulation.*) — Le centre *mé* représente la mémoire des images écrites, communiquant, avec l'entendement par la voie *mé* IV et avec le centre de Broca par la voie *mé io*. — Dans le cas de lésion du centre *mp*, quand le centre *mé* peut suppléer le centre *mp*, il y a *surdité verbale centrale* (*type Giraudeau*) ; quand le centre *mé* ne peut suppléer le centre *mp*, il y a *surdité verbale centrale* (*des illettrés et des auditifs*)

JAMES JACKSON ET LES PARALYSIES ALCOOLIQUES ;

Par le Dr GILLES DE LA TOURETTE, ancien interne de la Salpêtrière.

Les études sur les *paralysies alcooliques* se sont singulièrement multipliées pendant ces deux dernières années. A la suite d'une leçon sur ce sujet faite à la Salpètrière par M. Charcot, leçon dont notre éminent maître voulut bien nous confier la rédaction [1], on vit apparaître de toutes parts des travaux dont plusieurs sont de première importance. Nous nous abstiendrons de donner ici une bibliographie complète de la question. On la trouvera dans la remarquable thèse d'agrégation de Brissaud (1886). Aussi bien, d'ailleurs, sommes-nous guidé dans la rédaction de cette note par des considérations toutes particulières.

Jusqu'en janvier 1886, il paraissait admis sans

[1] *Gazette des Hôpitaux*, 28 août 1884.

conteste que tout l'honneur de la découverte des paralysies alcooliques revenait à un Suédois, Magnus Hüss, dont les recherches dataient de 1852. C'est alors que M. Dreschfeld — qui s'était occupé à plusieurs reprises de cette affection — révéla dans le *Brain*, qu'en 1822, un médecin américain, James Jackson, en avait donné une description presque complète.

Nous ne pouvons toutefois nous empêcher de signaler les travaux fondamentaux de Lancereaux et de Leudet, qui, en 1865, non seulement tracèrent un tableau clinique de ces paralysies, auquel il restait peu de chose à ajouter, mais encore assignèrent à la maladie sa véritable caractéristique anatomo-pathologique. Nous nous réservons, en outre, d'insister sur quelques-unes des publications qui parurent ultérieurement.

Ce qui nous intéresse avant tout, c'est de mettre en pleine lumière le travail de James Jackson, paru dans un journal difficile à trouver aujourd'hui, le *New England Journal of Medicine and Surgery*, vol. XI, 3e série, vol. I, p. 351, Boston, 1822. »

A la prière de M. Dreschfeld, M. le Dr Windsor, le savant bibliothécaire d'Owen's College, à Manchester, a eu l'obligeance de communiquer à M. Charcot un exemplaire du travail de J. Jackson. Nous en donnons la traduction suivante, en serrant le texte de très près afin de respecter, autant que possible dans ses moindres détails, la description du médecin américain.

Sur une maladie particulière résultant de l'usage des spiritueux (Ardent spirits), par James Jackson, N. D. Professeur de

Théorie et de Pratique Médicale, Harward University. (Communiqué au *New England Journal of Medecine and Surgery*, 1822.)

Parmi les maladies nées de l'usage des spiritueux, il en est une parfaitement distincte, mais que je n'ai jamais vue décrite. Ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas de cette affection, j'ai le regret de dire que la très grande majorité se rapporte à des femmes. En l'absence d'un meilleur nom, j'ai appelé cette affection *arthrodynia à potu*; ce nom entraine peut-être avec lui des notions fausses, comme on le verra par la suite, mais l'affection elle-même ne m'en a pas suggéré un meilleur.

Cette *arthrodynia* survient graduellement. Elle commence par des douleurs dans les membres inférieurs et spécialement dans les pieds; ces douleurs gagnent ensuite les mains et les bras. Les mains peuvent être envahies en premier lieu dans quelques cas ; mais, lorsque la maladie est déjà ancienne, la douleur est plus intense dans les pieds et dans les mains que dans les parties supérieures des membres. Cette douleur est excruciante, mais elle varie d'intensité aux différentes périodes de la maladie.

Lorsqu'il y a quelque temps que la maladie s'est établie, il survient des contractures des doigts et des orteils et de l'inhabilité à se servir librement de ces parties. A la fin, le malade ne peut se servir ni de ses pieds ni de ses mains, les muscles fléchisseurs devenant beaucoup plus puissants que les extenseurs, comme cela se voit dans d'autres maladies. Le corps tout entier, sauf l'abdomen, diminue de volume; toutefois, la face n'offre pas l'apparence de maigreur commune à beaucoup de maladies viscèrales. Cette diminution de volume s'observe particulièrement aux pieds et aux mains ; en même temps, la peau qui les recouvre prend une apparence spéciale que l'on note quelquefois, mais beaucoup moins accentuée, sur le tégument des autres parties du corps. Elle consiste en un poli et brillant avec une sorte de finesse de la peau. Les téguments paraissent comme tirés et tendus sans plis ni rides, quelque chose comme si les tissus sous-jacents étaient enflés, mais la peau n'est pas décolorée. Il n'y a aucun épanchement sous la la peau dans cette maladie, et son caractère spécial naît de quelque changement de l'organe lui-même. On voit quelquefois,

je pense, un aspect semblable dans quelques cas de paralysie. Peut-être. dans les deux maladies, les causes sont-elles semblables, car il y a une paralysie partielle dans cette *arthrodynia*. Mais, dans ce cas, la paralysie est imputable aux muscles et non aux nerfs comme dans les cas de paralysie ordinaire.

Les symptômes les plus caractéristiques de la maladie siègent dans les membres; mais la douleur ne s'y limite pas et il paraît d'autres symptômes dans d'autres endroits. La douleur traverse soudainement l'une ou les deux jambes et, dans un cas, elle passait fréquemment d'arrière en avant, du dos jusqu'au creux de l'estomac, suivant le trajet du diaphragme. Les fonctions de l'estomac sont toujours troublées et généralement beaucoup. L'appétit est perdu ou mauvais et le patient a recours aux stimulants les plus énergiques; il existe souvent du vomissement, de la constipation ou de la diarrhée. L'esprit est affaibli, mais il est ordinairement libre de délire et l'individu a parfaitement conscience des horribles douleurs causées par sa maladie. La douleur empêche le sommeil que procure seulement l'opium.

Dans le cours progressif de la maladie il peut souvent survenir des affections spasmodiques, et l'esprit et le corps peuvent être troublés et agités par de légères causes. Les pouvoirs vitaux sont à la fin épuisés et le délire arrive quelquefois, en dernier lieu, comme précurseur de la terminaison fatale.

Je crois que cette affection est toujours mortelle lorsque l'usage des liqueurs spiritueuses n'est pas abandonné avant que la puissance digestive n'ait été gravement altérée. Dans la pratique privée, je n'ai pu contrôler les malades en ce qui regarde l'usage de ces liquides. Il y a quelques années, je guéris une une malade dans un hôpital; mais j'avais un contrôle entier sur elle, et l'année dernière, j'ai eu un malade dans le « Massachussetts General Hospital, » qui, après six mois de traitement, sortit tout à fait bien portant et capable de reprendre son travail.

J'ai employé divers remèdes; le suivant m'a paru seul efficace. D'abord, abstention de liqueurs spiritueuses de toute nature, soit sous forme médicamenteuse, soit sous toute autre. L'effet de cette abstention est graduel, mais il est si grand qu'il est difficile de dire si les remèdes que je vais mentionner n'ont pas paru plus efficaces qu'ils ne le sont réellement.

En second lieu, l'opium en quantité suffisante pour abolir la la douleur pendant la nuit et procurer du sommeil. Dans ce but, quelques grains ont été nécessaires d'abord dans quelques cas, mais, après quelques semaines, comme on doit diminuer graduellement la dose, l'opium peut être entièrement supprimé. Il est important d'ailleurs de le supprimer aussi vite que possible. — Troisièmement: bains tièdes, frictions et autres applications stimulantes de la peau. — Quatrièmement : régler les fonctions de l'estomac et des intestins suivant les indications particulières à chaque cas. Je pense que, lorsqu'il n'y a pas d'appétit, l'alimentation animale est surtout utile.

On se demande toujours si l'on doit permettre le vin alors qu'on supprime l'alcool. En n'écoutant que mon expérience, je crois que cette permission est inutile et qu'il est préférable de sevrer une fois pour toutes le malade d'une telle autorisation. Comme on fait usage de l'opium, il sera facile d'arriver à ce but.

Boston, août 1822.

Tel qu'il est, ce document nous semble de la plus grande valeur; désormais Jackson doit marcher dans cette question, bien en avant de Magnus Hüss, non seulement comme antériorité, mais comme précision dans la description.

Examinons rapidement ce que Jackson a vu et décrit et ce qu'il a passé sous silence, nous serons ains. mieux à même de faire le bilan de ses découvertes.

Il a noté expressément la grande fréquence de l'affection chez la femme, comparativement à l'homme.

Sa description générale est inattaquable : le début par les douleurs dans les membres inférieurs est devenu classique; de même la généralisation possible de celles-ci. Vient ensuite la période paralytique dans laquelle Jackson ne manque pas de signaler expressément la *faiblesse des extenseurs.*

La description de l'aspect lisse de la peau des membres est parfaite : on peut s'étonner seulement de ne pas

voir mentionner l'œdème et en général, les troubles vaso-moteurs sur lesquels M. Lancereaux a insisté.

Finissons-en avec ce premier paragraphe en disant que l'auteur américain a bien vu la terminaison ordinaire de l'affection, quoi qu'il en ait, pensons-nous, considérablement assombri le tableau ; peut-être encore n'a-t-il pas assez insisté, sur les rechutes qui paraissent fréquentes.

Que n'a-t-il donc pas observé ? Deux choses importantes, à notre avis tout au moins. La première a trait à la rapidité possible de l'évolution, au mode aigu de l'affection observé dans certains cas et parfaitement décrit par Broadbent. Mais ces cas, comparativement à la forme commune, semblent rares.

Le second point est plus important, car il paraît être d'observation à peu près constante, lorsque la paralysie dure depuis un certain temps. Il a rapport à ces adhérences péri-articulaires et intra-tendineuses, à cette sclérose qui se manifeste autour des articulations des membres affectés sur laquelle M. Charcot a appelé l'attention. C'est là un fait qu'il faut prendre en sérieuse considération, car, dans plusieurs cas de guérison, on fut obligé d'intervenir chirurgicalement pour détruire les adhérences, réduire la déformation et rendre la marche possible.

Peut-être pourrait-on aller beaucoup plus loin dans l'analyse de ce document ; il nous suffira cependant de l'avoir publié pour que tous ceux qui s'intéressent à ces questions en comprennent la grande importance et rendent à son auteur la justice qui lui est légitimement due.

RECUEIL DE FAITS

OBSERVATION DE SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE SANS LÉSION DU FAISCEAU PYRAMIDAL AU NIVEAU DES PÉDONCULES ;

Par PIERRE MARIE.

Phil..., âgé de trente et un ans, menuisier, est entré le 22 octobre 1884 à la Salpêtrière (service de M. CHARCOT).

Père, mort à la guerre, pas de maladies nerveuses. — Mère, encore vivante, pas de maladies nerveuses. — Frères et sœurs, bien portants, pas de maladies nerveuses. — Oncles et tantes, de même.

Lui-même dès son enfance a toujours été sujet à de violentes colères, était alors pris de tremblement très intense. Jamais de convulsions, pas de perte de connaissance. N'aurait jamais fait d'excès alcooliques, mais pendant un an, lorsqu'il travaillait à Berne, le travail était pénible et il buvait jusqu'à trois litres de vin par jour. Jamais de tremblement, de pituites, de crampes, de cauchemars.

A l'âge de treize ans, fièvre typhoïde assez grave, rechute, serait resté près de quatre mois malade, a eu beaucoup de délire. A l'âge de quinze ans s'étant trouvé à l'improviste en présence d'une femme morte fut pris d'un tremblement, de vertiges, voyait tout noir quoi qu'il distinguât très bien les objets, perdit connaissance pendant près de huit jours, ne se débattait pas et pendant plusieurs jours encore a éprouvé de l'oppression et des palpitations.

A l'âge de vingt-deux ans, éruption assez confluente; sur tout le tronc (pas sur la face ni sur les mains) boutons miliaires ; pas ou peu de démangeaison, pas de fièvre, ne cessa pas son travail; durée : huit jours environ.

En 1873, fièvre muqueuse ayant duré trois semaines.

En 1878, eut un tour de reins, qui dura trois jours et fut soigné par des ventouses. Pas de chancre. Pas de blennorrhagie. Marié en 1875. Deux enfants bien portants, l'un d'eux, un peu nerveux ; sa femme n'a pas fait de fausses couches. Aucun traumatisme important.

Le 2 novembre 1882, en travaillant sur une maison en construction, fut mouillé et prit froid, sentit dans les mollets un frisson et des pincements; la marche lui était un peu difficile à cause des sensations qu'il éprouvait dans les mollets.

A partir de cette époque jusqu'en janvier 1883, a toujours eu dans les mollets une sorte de serrement, qui lui rendait la marche un peu difficile; il continuait cependant à marcher et à rester debout toute la journée, mais ne pouvait plus courir. Quand, après être resté assis, il voulait se relever il éprouvait une difficulté plus grande à faire les premiers pas que « lorsque ses jambes étaient échauffées ».

En janvier 1883, la sensation de serrement remonta jusque dans les reins; constriction de serrement comme avec une ceinture se prolongeant jusque dans les aines. De juillet en septembre, cette sensation disparut à peu près complètement. En juillet 1883, entre à Lariboisière dans le service de M. Proust, n'ayant plus les moyens de se soigner chez lui; à cette époque ses pieds avaient une tendance assez marquée à se porter en dedans; il commençait à marcher sur les pointes; dès qu'on le découvrait il était pris de « frissons » dans le dos avec sensation de froid, chair de poule et probablement contractions fibrillaires des muscles

En septembre, sort de Lariboisière. Ses « frissons » à ce moment avaient gagné les deux épaules, surtout la gauche; à ce niveau il lui semblait qu'on le serrait comme avec une presse.

Reste chez lui jusqu'en mars 1884; en janvier la raideur des épaules avait augmenté, les doigts de la main gauche puis ceux de la droite étaient devenus raides, et toutes les phalanges en extension, peu après, les doigts commencèrent à se fléchir en commençant par l'auriculaire de la main gauche, et presque simultanément par l'auriculaire de la main droite; les jambes étaient à peu près dans le même état qu'auparavant. le malade pouvait faire des courses de trois kilomètres, mais mettait une heure ou une heure et demie pour les faire.

Le 21 mars, entre dans le service de M. Huchard, le quitte le 19 juillet par suite de l'évacuation de l'hôpital en vue du choléra. — Le 19 juillet, est admis à Necker, service de M. Potain. Vers cette époque tous les doigts étaient à peu près complètement fléchis, et presque à l'état où on les trouve. C'est seulement à partir de mai 1884, qu'il a commencé à avoir la parole un peu lente et difficile; c'est vers le mois de juillet que se sont manifestés les premiers troubles de la déglutition. Jamais de palpitations ni d'étouffements.

État actuel (28 octobre 1884). — Pouls assez plein = 75. Rien au cœur. — Respiration = 16. Rien de net aux poumons, tousse un peu, ne crache pas, a éprouvé de fortes sueurs la nuit. — Pas d'hé-

moptysies, a eu pendant bien longtemps de la diarrhée, qu'il attribue à l'ingestion de 2 et 3 grammes d'iodure de potassium.

Membres inférieurs. — Ne sont pas très amaigris, cependant, aux pieds les tendons extenseurs sont plus saillants qu'à l'état normal. La première phalange des orteils, sauf pour le pouce, est légèrement portée en extension. Pas de troubles vaso-moteurs, pas d'œdème lors même qu'il reste les jambes pendantes sur le bord du lit.

La trépidation spinale est facilement provoquée et donne cent soixante dix-neuf secousses à la minutes (pied gauche). — Elle est plus difficile à provoquer du côté droit, et, dure seulement quelques instants. Longueur de la jambe de l'interligne articulaire, tibio-fémoral à l'extrémité de la maleolle interne = 37 centimètrès. Le pied et la jambe du côté droit sont plus raides qu'à gauche ; il a des deux côtés une rigidité très prononcée.

Les muscles des jambes et des cuisses font lorsque les jambes sont étendues dans le lit, une saillie considérable et sont durs absolument comme du bois ; d'ailleurs le malade ne peut rester que quelques minutes dans cette position (jambes étendues), car il éprouve alors des crampes très pénibles. Il peut soulever le pied gauche à 40 centimètres environ du plan du lit, peut porter la jambe dans l'adduction forcée à droite de la jambe droite, mais le mouvement d'abduction est extrêmement limité et il sent des crampes quand il cherche à le faire ; il en est à peu près de même pour le membre inférieur droit. Les différents mouvements isolés du pied adduction, abduction, flexion, extension se font assez bien, et avec assez de force, mais ont une certaine lenteur et beaucoup de raideur.

En somme, pas d'atrophie des membres inférieurs ; tout au plus un léger degré d'amaigrissement des mollets. Il est presque impossible de lui fléchir ou étendre la jambe, quand on lui a dit de résister à ces mouvements, tant la force des fléchiseurs et des extenseurs de la jambe est bien conservée.

Lorsqu'il est debout et qu'on le fait marcher on voit presque tous les muscles du corps se raidir considérablement ; ceux des cuisses surtout prennent une dureté extrême, et il ne peut marcher sans être soutenu, par suite de la difficulté qu'il éprouve à maintenir son équilibre ; si on le lâche, il tombe tout d'une pièce comme une barre de fer.

Type de la démarche spasmodique la plus accentuée.

Membres supérieurs. — Au repos, les bras sont appliqués le long du corps, les avant-bras en demi-flexion, les mains placées sur les cuisses ou dans le voisinage des parties génitales. Les deux mains présentent un aplatissement assez considérable, les phalanges sont à peu près étendues, les phalangines et les phalangettes

sont fléchies ; le pouce de la main droite est étendu le long du bord externe de l'index, celui de la main gauche au contraire est fléchi dans la paume de la main. Les interosseux dorsaux et palmaires ont en grande partie disparu, ainsi que les muscles thénar et hypothénar. Les avant-bras sont très aplatis, les masses épicondyliennes et épitrochléennes sont assez diminuées de volume ainsi que les muscles du bras.

Tronc. — Les pectoraux sont diminués de volume, surtout dans leurs faisceaux claviculaires, mais forment encore une saillie très appréciable au niveau du bord interne du creux axillaire. Les mouvements des bras et des avant-bras présentent un léger degré de rigidité dans les positions de flexion et d'extension et une rigidité très accentuée dans les positions de pro et de supination, et dans celle d'élévation de l'épaule.

Il subsiste à peine quelques très légers mouvements d'extension de la première phalange des doigts. Réflexes tendineux très exagérés aux membres supérieurs. Le mouvement de supination est presque impossible, celui de pronation s'exécute bien, mais ne peut être cependant porté jusqu'à ses dernières limites. La flexion de l'avant-bras sur le bras se fait assez bien, l'extension est plus difficile et incomplète.

On ne constate rien d'anormal au point de vue du volume des muscles du dos, peut-être sont-ils cependant un peu moins volumineux qu'ils ne l'étaient avant l'affection dont le malade est atteint. Impossible d'écarter notablement les membres supérieurs du tronc ; il peut au contraire facilement les croiser sur la poitrine. Le bras peut être sans trop de difficulté porté dans la position due à l'action du grand dorsal. Le mouvement d'élévation des épaules est à peu près normal.

Le tronc ne peut être complètement étendu ; il reste toujours dans un certain degré de flexion ; mais celle-ci ne peut être cependant portée tout à fait jusqu'à l'angle droit. Quand le malade est dans son lit, il ne peut s'asseoir ; il est obligé pour prendre cette position de se mettre sur le bord du lit les jambes pendantes.

Les mouvements du cou s'accomplissent à peu près normalement sauf l'extension en arrière qui semble un peu pénible et accompagnée d'une certaine raideur. — Mouvéments fibrillaires, palpitations dans presque tous les muscles des extrémités et du tronc et aussi dans le peaucier.

Face. — La face ne présente rien de particulier, il n'y a ni atrophie, ni déviation des lèvres, les sillons nasolabiaux ne semblent pas notablement plus accentués qu'à l'état normal, le menton ne présente pas les petites dépressions qui se voient généralement dans les paralysies bulbaires ; cependant, quand le malade rit on

voit celles-ci se produire et persister quelques secondes après que le rire est terminé. — Tous les mouvements des lèvres (rire, baiser, moue, etc., s'exécutent aisément.)

La langue n'est pas diminuée de volume, sauf peut-être un peu dans sa moitié droite. Elle est animée de mouvements fibrillaires très nets. Le malade la tire bien, éprouve un peu de difficulté à en porter la pointe vers le nez, et la diriger vers la commissure gauche, ce qu'il fait facilement pour la commissure droite, il la creuse assez bien en gouttière.

La parole est notablement altérée, et l'articulation, un peu pénible et lente, sans que l'on puisse remarquer une difficulté spéciale pour telle ou telle lettre (toutes les syllabes ont été essayées). Le ton général de la parole est un peu analogue à celui que l'on observe dans certains cas de sclérose en plaques; l'articulation est nettement spasmodique.

La mastication et les mouvements de diduction de la mâchoire se font normalementi ainsi que la formation du bol alimentaire; c'est seulement la déglutition qui est difficile et uniquement pour les liquides. Ceux-ci s'engagent fréquemment dans le larynx mais non dans les fosses nasales. Les solides passent très bien. — Assez souvent régurgitation, soit des boissons, qu'il a prises, soit des mucosités stomacales, mais jamais d'aliments solides.— La sensibilité réflexe du gosier est peut-être un peu diminuée au niveau du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx; elle est parfaitement intacte au niveau de la base de la langue et de l'épiglotte.

Sensibilité générale et spéciale parfaitement conservées.

Réflexes crémastérien et abdominal normaux. — Le malade est suffisamment intelligent, conserve toute sa mémoire; mais a une certaine tendance à pleurer et surtout à rire sans grand motif; il ne peut alors s'arrêter et continue de rire pendant une ou deux minutes; l'inspiration devient bruyante et présente une sorte de cornage (spasme des muscles de la glotte). — Réflexe du masséter exagéré.

La trépidation spinale, facile à provoquer des deux côtés, s'arrête d'elle-même assez rapidement. Il peut étendre les jambes, mais cette extension se fait très lentement. et lorsqu'elle persiste quelque temps, lui donne des crampes.

Le redressement spontané du poignet est devenu impossible; il n'y a pas de changements dans les phalanges, si ce n'est que les deux dernières ne peuvent être redressées même passivement, elles sont le siège de la rétraction. — Réflexe du coude exagéré.

Tremblement fibrillaire.

Juin. — La rigidité due à la contracture permanente augmente journellement; pas de spasme de la glotte. Le malade est déplacé tout d'une pièce. — Il tousse, ne peut cracher. Gargouillement dans la région sous-clavière gauche. Dyspnée extrême. Mort.

A L'AUTOPSIE, on trouve dans la moelle les lésions caractéristiques de la sclérose latérale amyotrophique; malheureusement une partie des pièces ayant été perdues, l'examen histologique ne put être fait pour le cerveau ni pour le bulbe, mais les coupes pratiquées sur les pédoncules cérébraux permirent de constater l'absence de toute lésion à ce niveau.

Cette observation présente un certain intérêt par suite du développement tout à fait inusité des phénomènes spasmodiques. Mais le fait sur lequel nous voulons surtout attirer l'attention, c'est l'absence de lésions au niveau des pédoncules. A l'occasion de deux cas publiés par M. Charcot et par moi dans les *Archives de Neurologie*, 1885, nous avions tout particulièrement insisté sur ce que la dégénération du faisceau pyramidal existait aussi bien dans le cerveau que dans la moelle et occupait toute l'étendue de celui-ci. Dans le cas actuel il n'en est plus de même; les pédoncules sont indemnes, quoique les altérations médullaires soient parfaitement nettes [1]. Il semble donc au premier abord que la lésion du faisceau pyramidal siège uniquement dans le trajet médullaire de celui-ci; mais en réalité il est possible que ce ne soit là qu'une apparence et que dans des cas de ce genre il existe également des lésions dans les circonvolutions psycho-motrices. La dégénération des cordons pyramidaux consécutive aux altérations de leurs centres cellulaires se faisant d'abord à leur extrémité et remontant progressivement, on comprendrait que les lésions du faisceau pyramidal fussent d'abord visibles dans la moelle, puis dans la protubérance, dans les pédoncules, et seulement plus tard dans la capsule interne. De nouvelles observations sont nécessaires pour trancher la difficulté ; malheureusement la conservation incomplète des pièces dans notre cas en nous rendant impossible l'examen des circonvolutions motrices nous a mis hors d'état de faire ces recherches ; nous ne pouvons qu'en signaler la nécessité pour résoudre la question de savoir si la sclérose latérale amyotropique a toujours son point de départ dans les circonvolutions motrices, ou si au contraire ce point de départ peut être dans le bulbe ou la moelle.

[1] Ce fait est très analogue au cas de O. Vierordt. — *Zur Combinerter Degeneration der Vorderhorner und Seitenstrange des Rückenmarks*. — *(Arch. f. Psych.* XIV.)

REVUE CRITIQUE

LA PARANOIA[1]

DÉLIRES SYSTÉMATISÉS ET DÉGÉNÉRESCENCES MENTALES
Historique et critique;

Par J. SÉGLAS, médecin-adjoint de l'hospice de Bicêtre.

Ajoutons enfin que pour Amadei et Tonnini le délire sensoriel (*Wahnsinn* de Krafft-Ebing) vrai type de délire asystématique, peut passer à la *Paranoia* à travers le stade des idées fixes, forme rudimentaire ou prodromique de *Paranoia*, dont elles diffèrent cependant par l'état de conscience du sujet.

Il faut enfin (comme l'a fait Krafft-Ebing) distinguer la *Paranoia* vraie de certains délires plus ou moins systématiques de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'alcoolisme, etc...

Pour Raggi [2] (1884), le rôle de l'élément dégénératif dans la genèse de la *Paranoia* est loin d'être démontré : il nie tous les caractères distinctifs tirés de l'étiologie, de l'évolution, du complexus symptomatique, de la marche. Pour lui, il n'y a pas là plus d'hérédité qu'ailleurs; la priorité en date de l'idée sur les troubles du sentiment n'est rien moins que démontrée, il suffit au contraire souvent chez ces malades du plus léger trouble émotionnel pour changer ou exciter les idées délirantes. En outre tous les auteurs ne s'entendent pas sur les symptômes, les uns regardant les hallucinations comme primitives, les autres comme secondaires au délire qui serait de persécution pour certains, de grandeur pour d'autres. Quant à la marche, quelques auteurs n'admettent-ils pas des délires à marche aiguë, chose incompatible avec une idée de dégéné-

[1] Voir le n° 37, p. 62, n° 38, p. 221.

[2] Raggi. — *Dell'elemento degenerativo nella genesi dei così detti deliri sistematizzati primitivi* (*Arch. ital. per le mal. nerv.*, 1884).

rescence ? Tous ces arguments sont bien spécieux ; et il nous semble qu'il suffit de les citer pour montrer le peu de cas qu'il faut faire de la plupart d'entr'eux.

Cette même année (1884), Tanzi [1] publie une étude historique sur la *Paranoia*, sorte d'introduction à une monographie de cette forme vésanique faite en collaboration avec Riva [2].

Pour Tanzi et Riva, la *Paranoïa* est une psychopathie fonctionnelle entée sur un fond dégénératif, caractérisée par une déviation particulière des fonctions intellectuelles les plus élevées, n'impliquant ni une décadence grave, ni un désordre général; qui s'accompagne presque toujours d'hallucinations et d'idées délirantes permanentes plus ou moins systématisées, mais indépendantes de toute cause occasionnelle constatable ou de tout état morbide émotif, qui a une marche ni uniforme ni continue, mais cependant essentiellement chronique et qui en général ne tend pas par elle-même à la démence. Dans quatorze cas seulement sur cent, d'après Tanzi et Riva, l'hérédité a été inconnue, mais non exclue, et dans les quatre-vingt-six autres cas, la *Paranoïa* avait une base dégénérative soit par hérédité (77) soit par maladies de l'enfance compromettant le développement de l'individu (9,5). De cela il ne faudrait pas en conclure que la *Paranoia* soit une forme de débilité mentale. C'est simplement, comme l'ont déjà dit Amadei, Tonnini, etc., une psychose dégénérative par suite de la tare héréditaire ou constitutionnelle, de sa marche chronique et à début insidieux, de sa symptomatologie variable.

La constitution psychique des Paranoiaques ne peut être mise en évidence que par le délire systématisé qui surgit sur le fond mental et en est l'exagération; et cependant elle est tout, constituant quelquefois à elle seule toute la maladie (P. indifférente), se retrouvant dans les prodrômes, dans les intervalles de rémission. Elle consiste surtout dans des anomalies de l'intelligence (associations d'idées bizarres, jugements absurdes) ou des sentiments affectifs (égoïsme, défiance, romantisme, irritabilité, émotivité, perversions sexuelles, etc...). Les caractères psychiques de cette constitution vont

[1] Tanzi. — *La Paranoia (delirio sistematizzato) e la sua evoluzionei storica* (*Riv. sperim. di fren.*, 1884).

[2] Tanzi et Riva. — *La Paranoia contributo alla storia delle degenerazion psichiche.* (*Riv. sperim. di fren.*, 1884-1885-1886.)

se développant avec les années pour atteindre une *maturité dégénérative* à l'âge où l'homme sain est au comble du perfectionnement intellectuel (trente-deux ans en moyenne). C'est alors que surgit généralement le délire, mais quelquefois il manque (excentriques, originaux), ou il est insuffisant pour troubler l'équilibre psychique; le malade ne délire pas à proprement parler, il raisonne à faux, c'est un paradoxal (folie raisonnante, — type indifférent). En somme, la *Paranoia* est une forme morbide constitutionnelle et le délire n'est là qu'un symptôme. Il n'est d'ailleurs pas absolument spécifique et peut se rencontrer dans d'autres formes psychopathiques sans caractères psychologiques distincts, mais alors il est indépendant de la constitution psychique et débute sous l'influence d'une cause occasionnelle somatique : circulatoire (manie ou mélancolie), inflammatoire (paralysie générale), toxique (alcoolisme), etc...

Quant à la genèse de ce délire, il survient sans état morbide émotif antérieur, il s'accompagne d'hallucinations qui sont secondaires, affectant le plus souvent le sens de l'ouïe, puis la sensibilité générale, les hallucinations visuelles étant très rares. Ce délire peut subir des transformations, ou bien être multiple ou indéterminé, ou même manquer. Aussi à ce point de vue peut-on diviser la *Paranoia* en :

1° *Paranoia* avec délire des persécutions;
2° — ambitieuse;
3° — religieuse;
4° — érotique;
5° — indéterminée (folie de la chicane. P. sans délire);
6° — mixte:
7° — rudimentaire (idées fixes).

Au point de vue du début, on peut distinguer deux sortes de *Paranoia* (distinction artificielle s'il en fût, le terrain restant toujours le même) :

1° La *Paranoia* originaire (type de Sander);

2° La *Paranoia* tardive : *a* post-pubère; *b*, de la ménopause (ces deux variétés suivant l'évolution biologique de l'individu); *c*, simple (indépendante de l'évolution biologique).

Quant à la marche, essentiellement chronique, elle peut se diviser suivant la qualité du symptôme délire en uniforme

(même type de délire) et variable, et pour le mode de succession des symptômes en continue, rémittente, avec exacerbation. Toutes ces variétés peuvent se combiner et nous aurions ainsi une marche :

Uniforme	continue (délire des persécutions). rémittente. avec exacerbations.
Et variable	continue (transformation du délire de persécution en délire ambitieux). rémittente. avec exacerbations.

Les exacerbations peuvent être constituées par des épisodes psychoneurotiques (manie, mélancolie, stupeur).

Comme terminaisons, l'affaiblissement mental est peu fréquent et la démence absolue est très rare. Quand elle existe, elle peut se présenter sous trois aspects : 1° sénilité précoce, expression de la déchéance rapide de l'organisme dégénéré; 2° démence due à des épisodes psychoneurotiques (manie, mélancolie) intercurrents; 3° démence apparente pouvant revêtir deux formes : dans la première, le malade, voyant l'inutilité de ses idées, reste calme, abandonne sa confiance, devient indifférent; dans la seconde, il se concentre de plus en plus dans son délire, s'exalte, devient extravagant, se livre à des actes désordonnés et incohérents.

Quant à la place que la *Paranoia* occupe dans le groupe des dégénérescences, elle est, pour Tanzi et Riva, dans les formes purement psychiques (c'est-à-dire sans trouble de la motilité ou de la sensibilité) appelées par Morselli *Paraphrénies*, et dans ce sous-groupe on peut distinguer : 1° les dégénérescences psychiques intellectuelles avec ou sans délire, c'est-à-dire la *Paranoia*, et 2° les dégénérescences psychiques affectives (folie morale, délinquence congénitale, perversions sexuelles). De plus, et malgré l'opinion de Bonvecchiato [1] qui trouve cette classification trop systématique, Tanzi et Riva admettraient volontiers des formes mixtes, intellectuelles et affectives, toutes reposant sur le même terrain dégénéré.

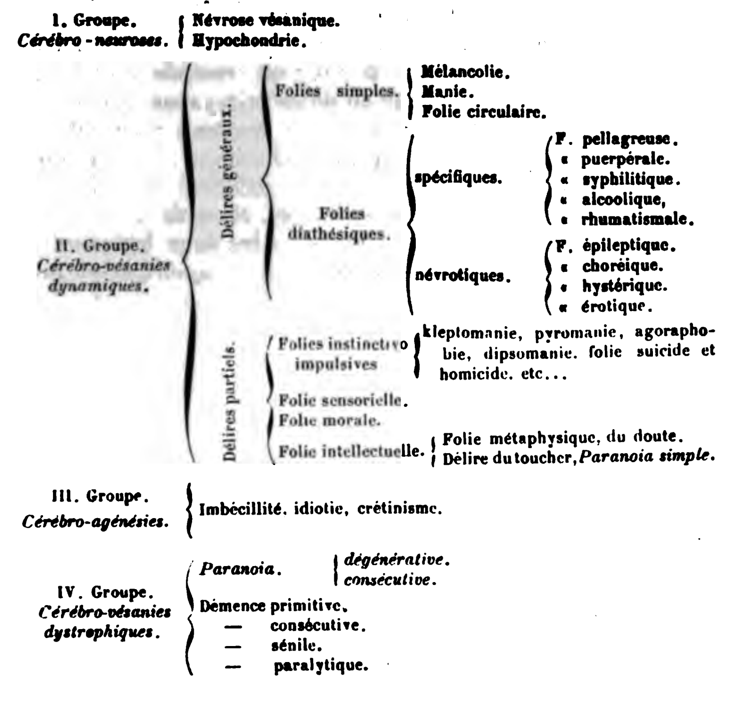
Pendant le cours de la publication de ce long mémoire, d'autres travaux ont été faits en Italie sur le même sujet.

[1] Bonvecchiato. - *La pazzia sistematizzata primitiva*. Venise, 1875.

Salemi-Pace (1885) distingue deux sortes de *Paranoia* : l'une, *Paranoia simple*, indépendante de tout élément dégénératif ; l'autre, la *Paranoia dégénérative* : il signale aussi une forme de *Paranoia consécutive* ou *secondaire*; mais il ne voit pas la nécessité d'en faire une forme particulière comme les deux autres [1]. On peut concevoir des doutes sur l'existence de la *Paranoia simple*, en voyant que l'auteur la range à côté des folies morale, impulsive, sensorielle, des délires émotifs.

Angelo-Zuccarelli [2] (1885) rapporte une observation de *Paranoia* primitive avec délire des persécutions à forme chronique qu'il dit être de nature non dégénérative.

[1] **Salemi-Pace.** — *La classificazione delle frenopatie. Il Pisani*, **1885.** **Cette distinction très simple au premier abord l'est beaucoup moins si l'on consulte la classification dont voici un résumé :**



I. Groupe. *Cérébro-neuroses.*
- **Névrose vésanique.**
- **Hypochondrie.**

II. Groupe. *Cérébro-vésanies dynamiques.*
- Délires généraux.
  - Folies simples.
    - **Mélancolie.**
    - **Manie.**
    - **Folie circulaire.**
  - Folies diathésiques.
    - **spécifiques.**
      - **F. pellagreuse.**
      - **« puerpérale.**
      - **« syphilitique.**
      - **« alcoolique,**
      - **« rhumatismale.**
    - **névrotiques.**
      - **F. épileptique.**
      - **« choréique.**
      - **« hystérique.**
      - **« érotique.**
- Délires partiels.
  - Folies instinctivo impulsives
    - **kleptomanie, pyromanie, agoraphobie, dipsomanie. folie suicide et homicide. etc...**
  - Folie sensorielle.
  - Folie morale.
  - Folie intellectuelle.
    - **Folie métaphysique, du doute.**
    - **Délire du toucher, *Paranoia simple*.**

III. Groupe. ***Cérébro-agénésies.***
- **Imbécillité. idiotie, crétinisme.**

IV. Groupe. ***Cérébro-vésanies dystrophiques.***
- ***Paranoia.***
  - ***dégénérative.***
  - ***consécutive.***
- **Démence primitive.**
- **— consécutive.**
- **— sénile.**
- **— paralytique.**

[2] **Angelo-Zucharelli.** — ***Contribution à l'étude médico-légale de la Paranoia*** **(*Il manicomio*, 1885).**

Guicciardi[1] (1886) se range aux idées de Tanzi et Riva, à propos de l'interprétation de l'évolution des phénomènes psychiques qui caractérisent la personnalité paranoiaque.

B. Battaglia[2] (1886) cite un cas de *Paranoia* avec délire ambitieux, qui est passible de plus d'une critique. Nous nous contenterons de faire remarquer que l'auteur prétend n'avoir pas trouvé d'antécédents héréditaires, ni de signes de dégénérescence. Et cependant, il nous dit que son malade était un esprit faible, mal pondéré, avide du merveilleux, instable, dégoûté de la vie sans motifs plausibles; il lui manquait, dit-il, la faculté d'adaptation au milieu social et l'esprit de critique rationnelle. Or, ne sont-ce pas là des signes suffisants d'un état de dégénérescence mentale?

Morselli[3] (1886) rapporte un exemple de *Paranoia* rudimentaire impulsive. Nous avons vu que c'est Arndt, qui, le premier, a décrit cette forme de *Paranoia*.

Cette *Paranoia* rudimentaire (ou plutôt les idées fixes) avaient été divisées par Tamburini[4] en trois classes : 1° les *idées fixes simples* (Ex. : folie du doute pure) sans tendance à se transformer en actes; 2° les *idées émotives* avec actions simultanées (azioni coatte) (Ex. : folie du doute avec délire du toucher), c'est-à-dire avec tendance à l'extériorisation de leur contenu moteur; 3° les *idées impulsives*. Morselli n'en admet que deux classes, réunissant en une seule les deux dernières de Tamburini, parce que dans ces cas il s'agit toujours, selon lui, de la tendance d'une représentation idéative à se transformer en acte. Quant au terrain sur lequel ces idées se développent, il est aussi très contesté. Krafft-Ebing[5], Cantarano[6], Andriani[7] regardent ces formes comme étant toujours des mani-

[1] Guicciardi. — *Psycologia e psychiatria* (*Riv. sper. di fren.* 1886, p. 581).

[2] Bruno-Battaglia. — *Contribuzione alla casistica della Paranoia*. (*La psychiatria*, 1886, fasc. 3 et 4, p. 354).

[3] Morselli. — *Paranoia rudimentale impulsiva*. (*Riv. Sper. di fren.*, 1886, f. 4, p. 495.)

[4] Tamburini. — *Sulla pazzia del dubbio...* (*Riv. Sper. di fren.*, 1883.)

[5] Krafft-Ebing. — *Lehrbuch der Psych.*, 1879.

[6] Cantarano. — *Contributo allo studio delle psicosi degenerative*. (*La psychiatria*, 1884.)

[7] G. Andriani. — *Conbributo alla conoscenza delle psicosi degenerative* (idee fisse). (*La psychiatria*, 1885.)

festations de dégénérescence. D'autres, avec Berger [1], Krœpelin [2], Tamburini, Amadei et Tonnini, Tanzi et Riva, admettent qu'elles peuvent se développer sur un fonds neurasthénique acquis, mais pas toujours héréditaire. Morselli se range à cette dernière opinion et les classe dans les *Paraphrenies* du second groupe. D'ailleurs, les idées de cet auteur seront rendues plus claires par l'exposé de la place qu'occupent dans sa classification des maladies mentales les différentes formes de *Paranoia* [3].

A proprement parler, Morselli semble n'admettre que deux formes typiques de *Paranoia* : 1° la *Paranoia originaire dégénérative* avec ses trois variétés de persécution, de grandeur, érotique (érotomanie); 2° la *Paranoia rudimentaire* avec ses deux variétés idéative et impulsive. Toutes deux sont classées parmi les *Paraphrénies* (anomalies de l'évolution cérébrale avec formation anormale ou perversion de la personnalité). Mais tandis que la *Paranoia* originaire dégénérative fait partie du sous-groupe des Paraphrénies formé par les *dégénérescences psychiques* (Paraphrénies dépendant d'une constitution psychopathique le plus souvent d'origine héréditaire), la *Paranoia* rudimentaire, elle, est rangée dans un second sous-groupe, celui des *psychopathies constitutionnelles* (Paraphrénies dépendant d'une constitution psychopathique le plus souvent congénitale).

Quant aux formes, admises par certains auteurs, de *Paranoia* aiguë et de *Paranoia* secondaire, elles sont complètement séparées des précédentes et rangées parmi les *Psychoneuroses*, sous-groupe des *Phrénopathies* (affections du cerveau complètement développé avec changement morbide et altération de la personnalité). L'une, la *Paranoia*, dite aiguë ou hallucinatoire ou curable, est décrite sous le nom de *folie sensorielle aiguë* et placée à côté des états maniaques et mélancoliques. L'autre, la *folie systématisée* [4] *secondaire* (*Paranoia* dite secondaire),

[1] Berger. — *Grubelsucht ein psychopathische symptom.* — *Grubelsucht und Zwangsvontellungen* (*Arch. f. Psych.*, Bd. VI et VIII).

[2] Krœpelin. — *Comp. der psych.* — Leipsick, 1883.

[3] Morselli. — *Manuale della semejotica delle malattie mentali.*, II, 1885.

[4] Il est à remarquer que Morselli désigne ces formes sous les noms de de folie sensorielle aiguë (*Frenosi sensoria acuta*) et de folie systématisée secondaire (*Pazzia sistematizzata secundaria*) réservant aux formes originaire et rudimentaire le terme *Paranoia* qui semble ainsi associé dans son esprit avec l'idée d'une constitution neuropathique, qu'elle soit congénitale ou héréditaire.

avec ses deux formes de persécution et de grandeur, n'est considérée, avec la démence, que comme une modalité terminale, un état d'affaiblissement intellectuel. (Syn. : démence incomplète.)

V.

En France, depuis les travaux de Morel, nous ne rencontrons sur ce sujet que des mémoires isolés, décrivant des formes vésaniques qui. malgré leur nom différent, nous semblent correspondre à certaines des variétés de *Paranoia* que nous avons passées en revue.

Nous signalerons principalement dans ce sens le travail de M. Ach. Foville [1] sur la folie avec prédominance du délire des grandeurs (1871) ; puis le délire des persécutions de Legrand du Saulle [2] (1873), amplification du mémoire de Lasègue sur le même sujet. Ce délire, nous l'avons vu, est un type de *Paranoia* dans le cadre de laquelle le font rentrer du reste la plupart des écrivains que nous avons énumérés. Rappelons aussi la thèse de M. P, Garnier [3] sur le même sujet (1877).

En 1876, M. Taguet [4] décrit les aliénés persécuteurs qu'il détache du groupe des persécutés. Cette forme vésanique rentre aussi dans le domaine de la *Paranoia*, car elle correspond à la *Querulanten Wahnsinn* des Allemands, aux *Querelanti* et *Litiganti* des Italiens [5], nous avons vu encore que la plupart du temps elle est considérée comme une forme à base dégénérative. Telle paraît être aussi l'opinion de M. J. Falret [6], qui reprend cette question en 1878 et fait des persécuteurs une modalité du délire de persécution se présentant chez des sujets héréditairement tarés.

[1] Ach. Foville. — *Etude clinique sur la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, 1871.

[2] Legrand du Saulle. — *Le délire des persécutions*, 1873.

[3] P. E. Garnier. — *Des idées de grandeur dans le délire des persécutions* (Thèse de Paris, 1877).

[4] Taguet. — *Les aliénés persécuteurs* (*Ann. méd. psych.*, 1876).

[5] Nous avons traduit ces mots par folie de la chicane, bien qu'ils expriment de plus l'idée de plainte. — Consulter aussi à ce sujet : Liebman, *Ueber Querulanten Wahnsinn*, etc.., Diss., Iena, 1876. — Krafft-Ebing, *Ueber den sogenannten Querulanten Wahnsinn*. (*Allg. Zeitsch. f. psych.*, Bd. XXXV, p. 395). — Brosius, *Ueber Querulanten Wahnsinn*. (*Allg. Zeitsch. f. psych.* Bd. XXXII, p. 770.)

[6] J. Falret. — *Ann. med. psych.*, 1878.

Depuis, et à plusieurs reprises, le même auteur est revenu sur ce sujet et l'a développé dans ses leçons cliniques ou dans les discussions sur la folie héréditaire à la Société médico-psychologique (1885-1886).

Nous retrouvons encore ses idées reproduites dans la thèse d'un de ses élèves, le Dr Pottier[1] (1886).

En 1882, M. Cotard[2] décrit sous le nom de *délire des négations* une forme psychopathique qu'il distingue du délire des persécutions avec lequel on pourrait la confondre par la systématisation des idées hypochondriaques, de persécution, de grandeur. Mais, en dehors des caractères particuliers qui peuvent faire distinguer la nature de ces idées, il faut dire que ce délire systématisé de négation est toujours secondaire à des états mélancoliques, le plus souvent anxieux, au lieu d'être primitif comme le délire de persécution. Ce serait un exemple des formes de *Paranoia* dites secondaires. Nous en avons nous-même[3] rapporté un exemple, que nous croyons typique.

Mais c'est surtout en nous reportant aux travaux de M. Magnan[4] que nous verrons mieux, par comparaison, à quelles formes nosologiques correspond la *Paranoia*. En effet, nous la retrouvons là tout entière ; car tout en ayant envisagé les choses à un autre point de vue, M. Magnan n'en a pas moins parfaitement décrit les mêmes formes que nous venons d'examiner.

Reprenant les idées de Morel sur la folie héréditaire, il l'étudie dans ses différentes manifestations, qu'il cherche à classer. Pour lui, les héréditaires, ou plutôt les héréditaires dégénérés, peuvent se diviser en quatre degrés suivant le niveau de leur état mental : 1° l'idiotie; 2° l'imbécillité; 3° la débilité mentale; 4° les *dégénérés supérieurs*. Or, l'état mental de ces derniers, par les anomalies du caractère, de l'intelligence, correspond absolument à ce que d'autres auteurs (Sander, Maudsley, Krafft-Ebing, Tanzi et Riva) ont décrit sous le nom de constitution psychique de la *Paranoia* ; certains seraient même des exemples

[1] Pottier. — *Etude sur les aliénés persécuteurs* (Th. de Paris, 1886).

[2] Cotard. — *Le délire des négations* (*Archiv. de neurolog.*, 1882).

[3] J. Séglas. — *Note sur un cas de mélancolie anxieuse* (*délire des négations*). (*Archiv. de neurolog.*, 1884.)

[4] Magnan. — *Leçons sur la folie héréditaire*, 1882-1883 ; *Les délirants chroniques et les dégénérés*. — *Gaz. des hôpit.*, avril 1884. — *De la folie héréditaire*. (*Journ. des conn. méd.*, 1885, n° 48. — *Ann. méd. psych.*, 1885-1886. — *Tribune médicale*, 1886, n° 954.)

de *Paranoia* dite indifférente ou indéterminée ou sans délire. Et en tout cas, c'est là le terrain favorable au développement de la folie systématisée primitive et que certains auteurs même, n'admettant que les formes dégénératives, regardent comme indispensable, le délire n'étant que l'exagération du caractère particulier de ces malades.

Chez ces dégénérés supérieurs, M. Magnan fait la synthèse d'un certain nombre d'états particuliers qu'il désigne du nom de syndrômes épisodiques. Ces états caractérisés par l'obsession, l'impulsion avec angoisse et lucidité d'esprit sont ce que d'autres aliénistes ont désigné du nom d'idées fixes, et nous représentent ainsi cette forme de *Paranoia* rudimentaire qu'Arndt a décrite le premier. A ce propos, disons que M. Magnan fait partie du groupe des médecins qui considèrent ces troubles psychiques comme caractéristiques d'un état de dégénérescence[1] (stigmates psychiques).

De plus, ces syndromiques peuvent délirer et cela de plusieurs façons. Outre les délires d'emblée déjà signalés par Morel, on peut rencontrer chez eux des délires systématisés à évolution chronique; les uns sont primitifs, c'est-à-dire qu'ils s'installent petit à petit sans attirer l'attention, si bien qu'on ne peut guère en préciser le début; d'autres peuvent être consécutifs à un délire d'emblée, qui se prolonge indéfiniment; d'autres fois aussi on les voit succéder à de simples tendances délirantes qui semblent en être la période prodromique et dont ils ne sont en somme que l'exagération. Qui ne reconnaîtrait pas dans ce tableau rapide des délires à évolution chronique chez les dégénérés les formes de *Paranoia* délirante à base dégénérative, admise le plus géneralement, et dont la *Paranoia* originaire de Sander est le type[2].

Mais il est encore, dans la classification de M. Magnan, un autre groupe de malades qui nous semble correspondre aussi à certaines formes de *Paranoia*. Ce sont les *délirants chroniques*. Au point de vue symptomatologique, le délirant chronique n'est autre que le persécuté vulgaire pris dans les différentes étapes de son délire entrevues déjà par Morel, Snell, etc. (pé-

[1] Magnan, — *Leçons sur la dipsomanie. Progrès médical*, 1884. — *De l'onomatomanie* (en collab. avec M. Charcot). *Arch. neur.*, 1885.

[2] Nous ne pouvons exposer ici toute la doctrine de M. Magnan sur la folie héréditaire. Nous renvoyons, pour plus de détails, à la thèse de M. Legrain, qui expose d'une façon très complète les idées de son maître sur les différents points que nous venons de signaler.

riode d'inquiétude, de persécution, de grandeur, de démence), et représentant la synthèse de certaines anciennes monomanies (hypocondrie, démonomanie, mégalomanie, théomanie, etc.). C'est alors que le délire présente une systématisation des plus marquées. Or, la comparaison des observations de délire chronique avec celles de *Paranoia* délirante nous montre, dans bien des cas, une description identique d'une même vésanie. On retrouve des deux côtés la même symptomatologie, la même marche (hallucinations surtout de l'ouïe, nature et évolution des idées délirantes, réactions du malade), de même que d'autres exemples nous montrent des symptômes semblables, et une évolution analogue à celle des délires des dégénérés à évolution chronique (état mental particulier, début insidieux et progressif du délire ou apparition rapide, hallucinations multiples ou absentes, relations entre elles des idées délirantes). Il importe à ce sujet de rappeler ici que, au point de vue de la succession des idées délirantes, les différents aliénistes qui ont écrit sur la *Paranoia* ont fait observer que les idées de persécution ou de grandeur pouvaient exister à l'état isolé, ou bien que si on les rencontrait chez le même individu (*Paranoia mixte*), on pourrait les voir être contemporaines ou se succéder, les idées ambitieuses étant la conséquence des idées de persécution. Or, en nous reportant à la classification de M. Magnan, nous aurions, dans le dernier cas, une succession des idées analogues à celles que l'on rencontre dans le délire chronique, tandis que les autres variétés correspondraient aux délires des dégénérés. Enfin, au point de vue de la terminaison, nous trouvons encore de grandes analogies entre les formes de *Paranoia* délirante, les délires des dégénérés et le délire chronique. Leur marche, très longue, aboutit rarement à une démence véritable et l'on retrouve bien souvent au milieu de la dissociation des facultés intellectuelles une trace de l'ancien délire systématisé. Cette période de démence est plutôt une période de confusion mentale.

A l'inverse des auteurs que nous avons passés en revue, et qui, presque tous, réunissent toutes les variétés de *Paranoia* délirante, en leur attribuant un fond dégénératif commun, M. Magnan fait une classe à part de ses délirants chroniques, et tout en les admettant souvent comme héréditaires, se refuse à en faire des dégénérés. Cette opinion ne semble pas être celle de M. Gérente qui, dans sa monographie du délire chronique dit que cette vésanie ne se rencontre pas chez le premier venu;

il faut une longue incubation, deux ou trois générations préparant le terrain, il faut être *prédisposé*[1]. L'auteur va même plus loin, lorsqu'il dit à propos de l'éclosion du délire, que s'il survient quelque accident, le malade succombe « étant d'ailleurs *dès sa naissance* ce qu'on appelle *un débile* ou bien s'étant affaibli mentalement au cours de son existence ». Il nous paraît encore réunir les délirants chroniques avec certains délires des dégénérés de M. Magnan, lorsqu'il dit que de ces vésaniques (les délirants chroniques), ceux qui auront été le plus pénétrés de l'influence héréditaire directe vésanique se montreront dans leur délire essentiellement intermittents, guériront ou pourront guérir plus aisément On trouve d'ailleurs parmi les observations qu'il rapporte des exemples de dégénérescence mentale.

Un autre élève de M. Magnan, M. Legrain[2], déclare nettement admettre que les dégénérés peuvent être atteints de délire chronique. Cette opinion, que nous serions, pour notre part, assez disposé à partager, nous étonne cependant dans la bouche de M. Legrain, car, à notre avis, elle contredit la classification qu'il adopte et rend, par suite, inutile la distinction qu'il fait des délires des dégénérés avec le délire chronique qui n'en serait plus qu'une modalité, au moins dans certains cas.

En somme, quelque soit le fonds sur lequel on admette que se développe le délire chronique, son diagnostic avec certains délires des dégénérés qui le simulent à s'y méprendre, est cliniquement des plus difficiles pour ne pas dire impossible.

On trouvera des documents fort intéressants sur la question qui nous occupe dans le travail de M. Legrain qui étudie toutes les formes de délire que l'on rencontre chez les dégénérés, leur état mental, les syndrômes épisodiques, les délires d'emblée ou à évolution chronique. Nous lui adresserons cependant le reproche de ne pas nous donner l'historique de la question, qui, si elle n'a pas été considérée sous cet aspect, a cependant été déjà traitée en grande partie.

Rappelons un travail antérieur de M. Saury[3] qui avait étudié aussi l'état mental des dégénérés, les syndrômes épisodiques, mais n'avait décrit que les délires d'emblée.

[1] Gérente. — *Le délire chronique, son évolution* (Thèse de Paris, 1883). — *Quelques considérations sur l'évolution du délire dans la vésanie.* (*Arch. de neurolog.*, t. VI, 1883, p. 16.)

[2] Legrain. — *Du délire chez les dégénérés* (Thèse de Paris, 1886), p. 272.

[3] Saury. — *Étude clinique sur la folie héréditaire* (les dégénérés), 1886.

Il nous reste peu de chose à dire sur les travaux français se rapportant à la question de la *Paranoia* et nous terminerons cette revue en citant le livre de M. Régis[1] (1885) où sous le nom de folie partielle il reproduit les idées de Magnan sur le délire chronique; et une leçon de M. Ball[2] (1885) sur une forme particulière de délire ambitieux distinct des idées de même nature des débiles, circulaires, persécutés, paralytiques généraux et qu'il assimile à la folie avec prédominance du délire des grandeurs de M. Ach. Foville.

On voit qu'en somme, la *Paranoia* n'est pas chose nouvelle en psychiatrie, et l'on pourrait refaire son histoire en citant les noms multiples sous lesquels l'ont désignée les aliénistes des différentes époques et des différents pays. Nous voyons aussi que, née en France, la doctrine des délires systématisés primitifs s'est surtout développée en Allemagne, puis dans les autres pays et surtout en Italie. — Peut-être même a-t-on poussé cette étude jusqu'à l'exagération, chacun voulant ajouter sa note particulière, et la confusion naissant de la multiplication des formes.

Qu'y a-t-il à retenir en résumé des différentes théories que nous venons d'exposer? Un fait qui se dégage de cette revue historique c'est que tous les auteurs admettent une forme de *Paranoia* primitive entée sur un fonds de dégénérescence et dont l'existence est d'ailleurs indiscutable, mais les uns n'admettent que cette forme avec ses variétés; d'autres en restreignent plus ou moins le domaine et ne considèrent pas que le terrain de la dégénérescence mentale soit indispensable à la production de la *Paranoia*.

C'est alors, dans le cadre de cette *Paranoia* psychoneurotique que nous rencontrons à côté de la forme chronique, cette forme de *Paranoia* dite psychoneurotique aiguë, hallucinatoire, curable, admise pour la première fois par Westphal. Là, les avis sont bien partagés : les uns suivent les idées de Westphal, ce par exemple Meynert, Fristh, Mendel, Tiling, Amadei et Tonnini, etc... D'autres en nient complètement l'existence ou au moins ne la décrivent pas comme modalité de la *Paranoia*: tels sont Krafft-Ebing, Pelman, Mayser, Morselli, Tanzi et Riva, etc... Pour nous, nous inclinerions assez volontiers à

[1] Régis. — *Manuel pratique de médecine mentale*. Paris, 1885.
[2] Ball. — *Du délire ambitieux*. (*Encéphale*, 1885.)

nous ranger à cette dernière opinion. La lecture des observations de *Paranoia* aiguë que nous avons rencontrées au cours de nos recherches, ne nous ont montré aucun caractère pathognomonique qui puisse permettre au moins par un côté de rapprocher cette *Paranoia* aiguë de la chronique qu'elle soit dégénérative ou non. — Au contraire, il nous semble que cette variété aiguë est très comparable tantôt à certains états mélancoliques plus ou moins accentués, souvent avec stupeur, parfois avec dépression ou anxiété, tantôt à des états d'excitation maniaque simples ou symptomatiques.

Les discussions sont encore grandes au sujet de la forme de *Paranoia* dite rudimentaire décrite par Arndt et dont le type est représenté par les idées fixes. Le terrain, nous l'avons vu, sur lequel peuvent se développer ces idées est très contesté : et d'un autre côté, certains auteurs tout en rapprochant les idées fixes de la *Paranoia*, les en distinguent cependant à cause de la conservation de la conscience. D'autres les admettent comme une forme rudimentaire, d'autres comme une période prodromique, d'autres enfin comme un épisode dans le cours de la *Paranoia*. Quant à la forme secondaire son existence est indiscutable mais ce n'est plus une forme de *Paranoïa* proprement dite, ce n'est plus qu'une forme de délire systématisé simplement secondaire à des états maniaques ou surtout mélancoliques, dont elle est comme la terminaison, ou comme un trait d'union entre eux et la démence. Restent encore les soi-disant formes de *Paranoia* hystérique, épileptique, alcoolique... Pour nous, on doit avec Krafft Ebing en faire justice et les mettre sous la dépendance de l'état pathologique dont elles font partie. Cependant il faut se rappeler que certains de ces malades sont peut-être véritablement des exemples de *Paranoia* et que l'on peut rencontrer chez eux la coexistence de deux délires, que seule une observation attentive pourra faire distinguer[1].

[1] Voir à ce propos : Magnan, *Arch. Neur.*, n° 1 ; — Garnier, *Gaz. hebd.*, 1880; Déricq, Th. Paris, 1886; — Krafft-Ebing, *loc. cit.* — Parmi les travaux venus à notre connaissance, depuis la composition de ce mémoire, sur la question de la Paranoia, nous citerons : Poggi, *Riv. sp. di fren.*, anno X, fasc. 4; — Guillardi et Tanzi, *ibid;* — L. Bianchi, *la, Psychiatrica*, anno IV, fasc. 3 et 4, p. 2; G. Ziino, *ibid.*, p. 220; Zenner, *The medical Record*, 1887, p. 124; — P. Garnier, J. Falret, Dagonet Briand et Cotard. — Discussion sur le délire chronique (*Ann. med. psych.* et *Archives de Neur.*, 1887.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

XIV. **Recherches expérimentales et anatomo-pathologiques sur les rapports de la sphère visuelle** (*expression consacrée*) **avec les centres optiques infracorticaux et avec le nerf optique; par de Monakow** (*Arch. f. Psych.*, XVI, 2).

Fin des mémoires dont nous avons publié l'analyse en bloc[1]. D'abord fin de l'anatomie pathologique. — *Obs. II.* Etude clinique et autopsie complète avec analyse histologique. Cécité psychique corticale[2], surdité verbale, dégénérescence modérée des nerfs optiques, intégrité des yeux, démence. Destruction des trousseaux de substance blanche qui contiennent les fibres de projection issues des lobes occipitaux et d'une partie de celles qui viennent des circonvolutions pariétales et temporales, de sorte que les deux lobes occipitaux, une petite portion du lobe temporal droit, une grande portion du lobe pariétal et temporal gauche ont dû cesser de fonctionner pendant la vie; la cécité corticale devrait être rattachée à la destruction bilatérale des fibres blanches antéropostérieures; à l'atteinte des fibres pariétales gauches l'auteur attribue la gloutonnerie excessive observée pendant la vie (lésion des fibres de projections qui représentent les fibres gustatives des nerfs trijumeau et glosso-pharyngien). La dégénérescence des fibres blanches en rapportant la sphère visuelle a entraîné secondairement des deux côtés l'atrophie du pulvinar, du corps genouillé externe, du tubercule quadrijumeau antérieur (centres optiques primaires), et consécutivement des deux bandelettes optiques (fibres rétiniennes surtout), puis des deux nerfs optiques. La destruction des faisceaux blancs émanés du lobe temporal a provoqué l'atrophie secondaire d'un département

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. IX, p. 256 et t. XIII, p. 80.

[2] Voy. *Archives de Neurologie*, t. VI, p. 402 et *Vision mentale*, th. de Crouigneau. Paris, 1884.

du corps genouillé interne qui contient des fibres de projection appartenant au segment latéral du pédoncule cérébral et du bras du tubercule quadrijumeau postérieur.— *Obs. III*. Clinique. Anatomie pathologique. Histologie. Amaurose presque complète (cécité corticale presque totale); destruction dans les deux lobes occipitaux, mais intégrité complète des deux globes oculaires, des nerfs optiques et de leurs centres primaires. Comme les troubles de la vue se sont montrés brusquement à la suite d'une attaque apoplectiforme, comme les deux foyers sont limités aux circonvolutions occipitales et qu'en dehors de l'amaurose on n'a rencontré aucune anomalie sensorielle ou sensitive, il y a lieu d'établir un rapport franc de causalité. Intégrité de la parole, de l'entendement, de la motilité. Les foyers représentent une sorte de porencéphalie acquise par ischémie des deux artères cérébrales postérieures (conservation de leur perméabilité et de leur structure; affaiblissement de l'activité du cœur); l'état du ramollissement correspond à l'époque de l'ictus : il a dû commencer par la substance blanche, l'écorce s'étant longtemps après atrophiée, conservation presque parfaite des centres optiques primaires; seules les irradiations optiques de Gratiolet sont partiellement remplies de produits de dégénérescence; atrophie extrêmement faible à son début, de la substance blanche latérale du pulvinar et du corps genouillé externe : la raison en est que le processus ne datait que de trois mois. — *Obs. IV*. Clinique. Anatomie pathologique. Histologie. D'abord une légère attaque apoplectiforme de nature inconnue; puis, atrophie progressive du nerf optique et choroidorétinite dans la région maculaire; quelques années plus tard, paralysie générale. Cliniquement il est incontestable que les altérations des centres optiques primaires sont postérieurs à l'atrophie des deux nerfs optiques l'intensité de cette atrophie et la localisation de lésions dégénératives en des aires déterminées et sur des éléments histologiques spéciaux des centres optiques primaires justifient encore cette manière de voir, la méningopériencéphalite est hors de cause pour les mêmes motifs.

La transformation des deux bandelettes optiques en des cordons fibreux solides, permet à l'observateur d'affirmer que les fibres qui des bandelettes vont aux centres optiques primaires et dont on constate l'altération sont bien les continuatrices anatomiques du nerf optique, tandis que celles qui, sur le même

parcours sont demeurées intactes n'ont rien à voir avec le nerf optique. Or, l'atrophie secondaire est manifeste pour les tubercules bijumeaux antérieurs, pour les corps genouillés externes, pour les pulvinars, tandis que la paralysie générale a déterminé dans les régions grises de la calotte des altérations insignifiantes de toute autre nature, n'ayant rien à faire avec l'atrophie des nerfs optiques. — Après avoir rapproché les données précédentes des expériences longuement relatées antérieurement[1], M. Monakow établit les conclusions suivantes :

On ne saurait prétendre que *chez l'homme, des centres optiques originels du nerf optique* soient autres que chez les mammifères; en dehors du tubercule bijumeau antérieur, du corps genouillé externe et du pulvinar, aucune région ne fournit de fibres au nerf optique; les relations que le nerf optique affecte avec d'autres régions encéphaliques sont de toute autre nature. — *Dans le pulvinar*, des trousseaux de fibres du nerf optique émanent de la zone marginale médiane et caudale, c'est-à-dire directement de la substance grise fondamentale (sens de Deiters) et indirectement des cellules nerveuses ganglionnaires. La substance blanche zoniforme du pulvinar se compose mi-partie de fibres du nerf optique, mi-partie de fibres de projections optiques. Il n'y a pas d'autres parties du pulvinar en relation directe avec le nerf optique (Obs. IV). — Dans le *corps genouillé externe*, le nerf optique a pour origine les mêmes éléments que dans le pulvinar. La zone dont il tire ses fibres a une situation principalement latéro-ventrale; les grosses cellules ganglionnaires du feuillet gris inférieur n'ont aucun rapport, même indirect, avec le nerf optique. Les petites cellules ganglionnaires semblent, d'une manière générale être en une union plus intime avec lui que les grosses. Le nombre des fibres du nerf optique provenant du corps genouillé externe est très considérable; il est proportionnellement plus grand que chez les mammifères inférieurs. La substance blanche zoniforme et ventrale du corps genouillé externe se compose mi-partie de fibres des racines optiques, mi-partie de fibres du nerf optique; la séparation anatomique de ces catégories de fibres est impossible, cependant les fibres du nerf optique paraissent plus superficielles. Dans les places qui affectent plutôt une orientation transversale et verticale, les trousseaux de fibres du nerf optique issues du corps genouillé externe occupent la substance grise grillagée (lacis de petites cellules ganglionnaires), la partie latérale inférieure du ganglion. Les amas médians de cellules du

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*, t. IX, p. 256.

corps genouillé externe, ceux en particulier qui, situés inférieurement, sont peuplés de cellules de gros calibre, semblent avant tout être l'origine de fibres de la calotte; ces fibres fournissent un certain trajet à l'intérieur de la partie supéro-latérale du pédoncule. Dans le *tubercule bijumeau antérieur* prend naissance la substance grise superficielle des fibres du nerf optique (conformément aux expériences de de Gudden, Tartuféri, Ganser), ici les fibres semblent, pour une part, émaner directement de petits éléments cellulaires; les fibres zoniformes de la coiffe grise (Tartuféri), ne sont, chez l'homme, que pour une toute petite part en continuité avec le nerf optique, tandis que celles qui partent de la substance blanche superficielle sont, dans leur pluralité, des fibres optiques pures; elles occupent le bras du tubercule bijumeau antérieur pour gagner la bandelette optique. Les autres couches de ce tubercule n'ont directement que peu de relation avec le nerf optique (de Gudden, Ganser). — Les *racines optiques* proviennent sans exception directement des cellules nerveuses ganglionnaires des centres optiques primaires et n'ont pas une mince importance pour la vitalité de ces cellules. Dans le pulvinar, ce sont, avant tout, les portions caudales qui donnent naissance aux fibres de projections optiques. Une assez forte partie des cellules nerveuses ganglionnaires du pulvinar (plans transversaux et verticaux) n'affecte aucun rapport avec les fibres optiques. Y a-t-il dans le segment inférieur de la couche optique des cellules nerveuses ganglionnaires qui soient directement unies à la sphère visuelle; il est impossible de l'établir avec certitude, mais la chose n'est pas tout à fait improbable. Dans le corps genouillé externe, il semble que ce soient les centres cellulaires latéraux et inférieurs (celle de grand et de petit calibre), surtout ceux qui sont groupés serrés dans la substance grise treillagée (plan vertical et transversal) qui donnent naissance à la racine optique. Le mode d'origine histologique des fibres de projection du tubercule bijumeau antérieur n'est pas absolument clair, mais le caractère de l'atrophie descendante paraît prouver que les fibres zoniformes de la coiffe, qui proviennent des cellules nerveuses de la substance grise superficielle, gagnent la sphère visuelle aussi bien que la substance blanche moyenne des fibres de projection. L'ensemble des racines optiques se réunissent dans la substance blanche antéropostérieure du lobe occipital en un solide tractus qui se dirige le long du tapetum du corps calleux (Reil) et entre dans l'écorce de circonvolution occipitale et surtout dans celle du coin, du lobule lingual, du gyrus descendens[1]. P. K.

[1] Voy. *Archives de Neurologie. Synonymie des circonvolutions cérébrales de l'homme*, t. VII, p. 181.

XV. De l'hyperplasie de la névroglie et de la formation de cavités dans l'écorce du cerveau; par Fuerstner et Stuehlinger (*Arch. f. Psych.*, XVII, 1).

Quatre observations d'encéphalite granulo-tubéreuse étudiées au double point de vue clinique et anatomopathologique. Les anamnestiques décèlent de l'hérédité neuropsychopathique (imbécillité, convulsions, épilepsie, accidents tabétiques avec amaurose); puis se produisent troubles psychiques et spinaux graves, attaques apoplectiformes et épileptiformes; enfin, à un moment donné, troubles de la parole rappelant, sauf la tendance à scander ceux des paralytiques généraux; plus tard, démence avec conservation de l'orientation, de la participation aux milieux ambiants, des jeux de la physionomie, ce qui distinguait les malades des déments paralytiques ou séniles. A l'autopsie, on constate épaississement des parois du crâne, synostoses, état trouble de la pie-mère avec adhérences au cerveau. Atrophie cérébrale, surtout du cerveau antérieur, des temporales (particulièrement la troisième), des insulas, des gyrus rectus et uncinatus, des frontales et pariétales ascendantes. La couche corticale externe est, en ces régions, surtout dans les ascendantes, la troisième temporale, l'opercule, l'insula, le siège de zones jaune-clair, unies, planes ou bossuées, affectant la forme de granulations ou de tubérosités. L'étude histologique dénote que ce sont les gaines vasculaires qui ont fourni de nombreux leucocytes ou donné naissance à de nombreuses cellules-araignées qui ont engendré de la névroglie; le tissu conjonctif néoformé a dessiné les petits néoplasmes en question, mais il a fini par décheoir en certains points. Ainsi se sont formées les cavités au centre des proliférations; secondairement se sont altérées des cellules nerveuses de la seconde couche corticale; intégrité des couches profondes. Nous passons sur les lésions des cordons postérieurs, des nerfs optiques, des nerfs olfactifs: une des observations (Obs. I) témoigne d'un foyer bulbaire en rapport avec les accidents cliniques relatés. Les auteurs insistent sur le diagnostic différentiel entre ce genre de sclérose cérébrale et la sclérose en plaques. Dans les cas présents, il n'existait ni tremblement aux mouvements intentionnels, ni nystagmus, ni parole franchement scandée; intégrité des pédoncules, de la base du cerveau, du centre ovale; la lésion ne ressemblait pas à celle de la sclérose en plaques. Impossible de la confondre avec la paralysie générale; conservation du facial, de l'égalité pupillaire, de la perception, de l'appréciation des choses extérieures, lésions limitées aux première et deuxième couches corticales, et n'affectant pas les mêmes régions que la méningopériencéphalite absolument distincte de la modalité des granulomes et tubérosités.

P. K.

XVI. Des altérations histologiques de la sclérose multiloculaire; par M. Kœppen. (*Arch. f. psych.*; XVII; 1.)

Le processus histogénétique de la sclérose en plaques a ceci de particulier que ses produits meurent bientôt. En examinant trois cas de sclérose en plaques au point de vue histologique, et par comparaison, un cas de lésion des cordons postérieurs, il n'a pas vu que la névroglie, au début multipliée, se transformait en fibrilles. Dans tous les points où se trouvent des nerfs sectionnés transversalement, on aperçoit de courtes fibres; là où passent des fibres nerveuses conservant leur direction longitudinale, existent de longues fibres entre lesquelles de courtes fibres. Les longues fibres qui souvent accompagnent parallèlement sur une grande étendue les fibres nerveuses ne sont qu'un produit pathologique. Sur des moelles normales, partout où l'on peut suivre le trajet longitudinal des fibres nerveuses, on constate, à côté d'elles, de longues fibres fines de tissu conjonctif. Dans les foyers scléreux, les fibres conjonctives longues, qui, sur des coupes transverses, occupent la substance grise et la région des racines nerveuses, qui, sur des coupes longitudinales, accompagnent partout les fibres nerveuses dans le même sens qu'elles, ces fibres longues sont considérablement multipliées, mais elles sont chose normale et ne proviennent pas de la transformation fibrillaire des fibres courtes. Leur trajet est très droit, tandis que les fibres courtes sont infléchies en zigs-zags; ce sont les inflexions brusques des fibres courtes, vues en raccourci, entremêlées avec les coupes transverses des fibres longues, qui on ont imposé pour l'aspect granuleux de la névroglie; il n'y a ni granulations, ni réseaux de granulation autonomes, vrais. Les éléments cellulaires participent très peu au processus et, en tout cas, la sclérose est surtout une dégénérescence, sans inflammation préexistante, la multiplication de la névroglie ne prouvant nullement qu'il y ait eu inflammation. Il n'y a d'ailleurs que très peu d'altération des cellules, et ce n'est que dans les gaines lymphatiques des vaisseaux qu'on rencontre beaucoup de globes granuleux, c'est-à-dire chargées de détritus de la substance blanche. Une des observations (Obs. I) montre que la multiplication de la substance intermédiaire est diffuse; on la rencontre loin des foyers eux-mêmes, ce qui démontre que probablement le processus diffus a précédé la formation des foyers. Dans les trois cas, remarquables altérations vasculaires; mais impossible de déterminer si la maladie a commencé par une congestion active avec épaississement des parois vasculaires, ou si tous les phénomènes anatomopathologiques ont coexisté. Dans les foyers, on trouve les cylindraxes dénudés et larges (cette

largeur permet seule de les distinguer des fibrilles conjonctives, voire hypertrophiés. L'aspect des fibres nerveuses atteintes varie du reste ; tantôt la substance blanche et le cylindraxe sont simultanément atteints de déchéance ; tantôt la myéline est seule affectée (une matière pâle, peu tingible, enveloppe le cylindraxe), si bien, qu'au milieu du foyer, elle est transformée en globules ronds, pâles, détachés du cylindraxe, ou qu'elle a disparu d'un bloc, quand, ce qui est le plus rare, elle n'a pas crevé en abandonnant cette tige. Jamais l'altération même du foyer, ne pénètre dans la substance myélinique. Quand le processus est arrivé à son maximum d'intensité, myéline et cylindraxe sont détruits ; mais ce phénomène est très rare dans la sclérose en plaques; habituellement, le cylindraxe, dénudé, vit encore très longtemps, n'est que graduellement envahi, s'élargit, s'étend inégalement, prend souvent de colossales dimensions (obs. III). La conservation des cylindraxes explique l'affaiblissement de la motilité (obs. I, II, III) non paralysée. Impossible de décider dans quelle mesure cet affaiblissement, le tremblement aux mouvements intentionnels, les contractures, dépendent de la disparition des gaînes myéliniques. — Dans la sclérose des cordons postérieurs, il s'agit aussi d'un processus histologique diffus, mais systématique (obs. IV) ; la névroglie est multipliée ; on y voit aussi des fibres courtes et longues mais plus fines, les parois vasculaires, fortement épaissies sont entourées d'un liquide qui a dissocié, comprimé, désagrégé les fibres nerveuses ; la myéline est détruite en petits débris, et finalement le cylindraxe brisé en morceau séparés. Le cylindraxe résiste donc beaucoup moins dans la sclérose systématique que dans la sclérose en plaques. P. Kéraval.

XVII. Dégénérescence des cordons de Goll chez un buveur ; par Osw. Vierordt. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 2.)

Observation très bien prise. A la suite de forts excès, douleurs dans les jambes, parfois lancinantes, ataxie devenant plus tard indistincte, disparition des réflexes patellaires, forte hyperesthésie des muscles à la pression ; aucun accident pupillaire ni vésical. Phthsiie pulmonaire à marche rapide. *Autopsie.* Dégénérescence des cordons de Goll ayant atteint le bulbe, la moelle cervicale et la moelle dorsale. Faible dégénérescence dans les parties latérales des cordons postérieurs, au niveau de l'extrémité inférieure de la moelle dorsale. Lesion très modérée des racines postérieures au niveau des régions moyenne et inférieure de la moelle dorsale et de la moelle lombaire. Dans le bulbe, la lésion des cordons de Goll est totale. Dans la moelle cervicale supérieure, la partie postérieure des cordons de Goll est

seule atteinte, dans la moelle dorsale, leur altération gagne en intensité dans le segment compris entre la périphérie et le sillon longitudinal, puis finit par décroître. Intégrité du sciatique et du radial, des nerfs intramusculaires. Prolifération des noyaux du tissu interstitiel des muscles triceps de la cuisse et péroniers, mais intégrité des noyaux des muscles et des fibres. L'auteur admet une dégénérescence primitive des cordons de Goll avec extension consécutive, selon les longs faisceaux centripètes, vers les racines. Les douleurs lancinantes et la disparition des réflexes patellaires tiendraient à l'altération des racines lombaires. L'hypéresthésie musculaire tiendrait peut-être à la prolifération des noyaux du tissu interstitiel des muscles. P. K.

XVIII. Contribution au trajet des fibres de la corne postérieure de la moelle humaine et a leur manière d'être dans le tabes dorsal ; par H. Lissauer. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 2[1].)

Etude, à l'aide des plus récentes méthodes de Weigert, de la corne postérieure à l'état normal et dans le tabes dorsal. La corne postérieure se composerait de trois segments : 1° Une zone spongieuse dans la substance gélatineuse, contiguë à la zone marginale, dans laquelle s'épuiseraient principalement les fibres de la zone marginale; 2° la substance gélatineuse proprement dite, construite à peu près comme la substance spongieuse; on y trouve de grosses fibres issues des racines postérieures et des parties externes des cordons postérieurs, et des fibres fines qui constituent des prolongements du treillis de la couche spongieuse postérieure; 3° la substance spongieuse qui va de la substance gélatineuse à la base de la corne postérieure, et se décompose à son tour en une zone postérieure et une zone antérieure; cette partie de la corne postérieure est, elle aussi, traversée par des fibres radiculaires postérieures (grosses et fines). La corne postérieure reçoit donc des fibres radiculaires de deux catégories : 1° de grosses fibres qui vont directement en trousseaux jusque dans la substance spongieuse où elles prennent une autre direction; 2° des fibres fines (mêlées à d'autres systèmes de fibres) qui, aussitôt après l'entrée de la racine, dévient en dehors et se forment en une pyramide ascendante (zone marginale de la corne postérieure); un segment de cette dernière monte le long du cordon latéral; un autre se perd en partie dans la substance gélatineuse, en partie dans l'intérieur des cordons postérieurs. Douze cas de tabes dont six observations sont décrites dans le mémoire. On en a examiné particulièrement : 1° les fibres fines de la zone marginale; 2° les

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XII, 218.

fibres fines de l'intérieur de la corne postérieure; 3° les grosses fibres radiculaires de la corne postérieure; 4° les irradiations (fibres fines) du noyau du cordon postérieur (zones radiculaires de Struempell); 5° les colonnes de Clarke. La zone marginale, système spécial appartenant particulièrement aux fibres radiculaires postérieures, presque toujours atteinte (douze fois sur treize), forme quelquefois un champ de dégénérescence autonome (trois cas); elle est généralement affectée de bonne heure. Les fibres fines de l'intérieur ce la corne postérieure sont moins souvent affectées, et toujours plus faiblement que la zone marginale; sans doute il existe certaines relations entre cette dernière et les réseaux de la corne postérieure, mais il faut qu'il s'écoule un certain temps avant que le processus morbide se soit propagé de la zone marginale aux fibres intérieures de la corne en question. Les grosses fibres radiculaires sont dans le tabes atteintes relativement tard, et leur lésion fait des progrès lents. Les irradiations des cordons postérieurs se comportent comme les parties correspondantes des mêmes cordons dont elles émanent; elles viennent des zones radiculaires, et manquent de bonne heure, tandis que la substance de la corne postérieure qu'elles traversent est encore normale; le déchet de ces fibres est, de concert avec les altérations des colonnes de Clarke, le premier phénomène pathologique que l'on constate dans la substance grise. Les colonnes de Clarke sont constamment atteintes, et dès les premiers stades du tabes; ce sont d'abord les fibres fines médianes, celles qui viennent des cordons postérieurs de la région lombaire, qui dégénèrent, alors que les fibres latérales et les cellules nerveuses demeurent intactes; c'est très tardivement que la substance spongieuse environnante de la corne postérieure participe à l'atrophie. La colonne de Clarke reçoit des trousseaux de fibres émanées de parties très diverses du cordon postérieur et provenant de hauteurs très différentes; les trousseaux issus d'une faible profondeur se rendent surtout à la partie externe de la colonne; ceux issus d'une grande profondeur se rendent surtout à sa partie interne. P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 28 février 1887. — Présidence de M. Magnan.

M. Foville expose qu'en sa qualité de membre de la commission du prix Esquirol, ayant eu entre les mains les mémoires du Concours, il s'est aperçu que l'un des candidats s'était fait connaître par une indication bibliographique portant son nom à laquelle il renvoie le lecteur. — Après discussion il est décidé que M. Foville effacera l'indication bibliographique incriminée et qu'il remettra le manuscrit aux autres membres de la commission sans éliminer le candidat du concours.

Présentation de malades. — M. Magnan montre trois cas de conformation vicieuse des organes génitaux qui apportent un élément nouveau à la discussion sur les signes physiques intellectuels et moraux à la folie héréditaire.

Les stigmates physiques se traduisent chez l'un des malades par l'atrophie des testicules; chez le second, par de la cryptorchidie et une atrophie considérable de la verge; le troisième est un hypospade scrotal à forme vulvaire, un pseudo-hermaphrodite mâle. L'un des sujets, le cryptorchide, offre un degré notable de faiblesse intellectuelle; les autres, tous deux déséquilibrés, ont été pris d'accès délirants à évolution rapide comme on en voit survenir chez les dégénérés héréditaires. Voici du reste les observations résumées de ces trois intéressants malades :

Observation I. — *Mariage consanguin et dispositions névropathiques des ascendants. — Débilité mentale; émotivité dès l'enfance, impulsions; plus tard, accès délirant. — Athrophie testiculaire; seins du volume d'une mandarine.* — S... (Antoine), âgé de trente ans, est issu de germains. Sa grand'mère maternelle et sa mère sont hystériques, son père, mal équilibré, se faisait remarquer par des emportements et des accès de colère que rien ne justifiait. Sa sœur est mélancolique. Quant à lui, venu à terme, il a eu des convulsions dans l'enfance; d'une intelligence au-dessous de la

moyenne il a acquis avec difficulté une instruction élémentaire, il sait toutefois lire, écrire et compter d'une manière satisfaisante. Il a appris au sortir de l'école le métier de peintre sur porcelaine et au bout de plusieurs années il a fini par devenir un ouvrier ordinaire.

Il est habituellement très impressionnable, irritable; dans les rues il est pris souvent de craintes vagues, il redoute des accidents; dans l'enfance, il croyait parfois en marchant qu'il allait perdre l'équilibre ; il lui semblait par moments qu'il s'enlevait au-dessus du sol. Il s'est senti, à diverses reprises, poussé à frapper; il prénait tout à coup des objets et les brisait : « Je deviens enragé, disait-il, je briserai tout. » Il avait confié à son frère un revolver qu'il ne voulait plus garder, ne se sentant plus maître de lui et redoutant de faire usage de cette arme soit contre les autres, soit contre lui-même.

Dans les derniers temps en proie à des préoccupations hypochondriaques, il avait rapidement présenté des hallucinations, des troubles de la sensibilité générale et des idées de persécutions ; très excité sous l'influence de ce délire, il avait été amené le 28 février 1885, à l'asile d'où il est sorti au bout de trois mois, guéri de son accès délirant mais non de sa déséquilibration mentale.

Il présente une atrophie considérable des testicules qui sont réduits au volume d'un haricot, les bourses et le scrotum sont très peu développés, la verge est petite, mais l'extrémité antérieure relativement volumineuse, probablement à la suite de manœuvres de masturbation. Il a du penchant pour les femmes, recherche leur société, et il vivait avec une maîtresse quand il a été pris de délire. Les seins, comme on le voit sur un plâtre obtenu par le moulage, sont du volume d'une grosse mandarine, l'aréole est assez étendue mais le mamelon est petit comme celui de l'homme. Le ventre est proéminent, arrondi, mais le bassin a les apparences masculines. Le larynx est peu saillant, la voix féminine. Les poils d'un blond pâle sont fins et peu abondants.

Observation II. — *Père mélancolique suicidé ; oncle et tante maternels débiles. — Imbécilité, microcéphalie ; prognathisme inférieur ; colobome irien et choroïdien ; déformation de la papille et émergence anormale des vaisseaux centraux ; atrophie de la verge, cryptorchidie ; scrotum réduit à une petite bande médiane plissée transversalement.* — C... (Paul), âgé de 25 ans, est entré à l'asile Sainte-Anne le 18 mai 1885. Son père, mélancolique, faisait parfois des excès de boissons et s'est pendu. Sa mère est d'une intelligence ordinaire, mais une tante et un oncle maternels faibles d'esprit, s'adonnent à l'ivrognerie. Sa sœur présente une asymétrie faciale des plus accusées. Le malade venu à terme a

eu, à diverses reprises, des convulsions (de sept mois à sept ans). Il n'a commencé à marcher qu'à dix-huit mois et a prononcé quelques mots que vers sa septième année. Il n'a pu recevoir aucune instruction, il ne sait pas lire, il a été incapable d'apprendre un métier; sans mauvais instincts. c'est un imbécile docile, qui, sous une direction continue, peut se livrer à quelques ouvrages manuels. Il blèse et articule difficilement les mots, son vocabulaire est, du reste, fort restreint; il prend plaisir parfois à faire des grimaces qui augmentent sa laideur, et il est heureux de pouvoir ainsi provoquer le rire. Quand il marche, son allure est très disgracieuse : il renverse le tronc en arrière, fait de grands pas avec un déhanchement tout particulier et projette, avec force, ses bras devant lui.

La tête est petite, le front étroit et les cheveux d'un blond pâle s'étendent en pointe à la partie moyenne jusqu'au milieu du front. Les dents sont grosses, irrégulièrement implantées; la voûte palatine est ogivale; la mâchoire inférieure est allongée et proéminente. Les yeux sont d'un bleu pâle; les iris fissurés en bas et en dedans comme à la suite d'une iridectomie, donnent à la pupille une forme ovalaire et au regard un aspect étrange.

La poitrine est glabre, les seins assez développés sans toutefois que l'aréole et le mamelon aient l'aspect féminin. Sa taille est de $1^m,60$, son poids de 52 kilogrammes. Les membres thoraciques sont longs, les doigts grêles et effilés comme ceux d'une femme. Les cuisses sont arrondies mais le bassin a plutôt la conformation masculine; le diamètre antéro-postérieur, de la région sacro-lombaire à la partie supérieure de la symphyse pubienne est de 19 centimètres; la circonférence au niveau de la partie supérieure des os coxaux mesure 71 centimètres; le diamètre transversal du bassin au détroit supérieur donne 22 centimètres, enfin, la distance entre les deux épines iliaques antéro-supérieures est de 17 centimètres.

Le pubis surmonté d'un mont de Vénus saillant est ombragé de rares poils; la verge, du volume du petit doigt, est profondément implantée au-dessous; le scrotum, très effacé, est réduit à une bande médiane d'une largeur de 3 centimètres environ, passe transversalement, divisé au milieu par un mince raphé. En déprimant cette bande à l'aide d'une petite tige, on voit saillir de chaque côté un bourrelet cutané dont le rapprochement de la ligne médiane à mesure que la partie moyenne s'enfonce, simule une vulve. L'exploration du scrotum rudimentaire pas plus que des replis cutanés avoisinants, ne laisse percevoir aucune trace de testicules. C... (Paul) ne se livre pas à l'onanisme, il ne paraît avoir aucun désir sexuel et sous ce rapport, est d'une indifférence égale pour les deux sexes.

Ce fait sert, en quelque sorte, de trait d'union entre l'atrophie simple des organes génitaux et l'atrophie avec division scrotale donnant les apparences d'une vulve. Ici, en effet, c'est un rudiment de scrotum qui semble s'être formé tardivement pour pourvoir à l'occlusion du sinus urogénital et la bande étroite qui le constitue bridant la région sous-pubienne n'a pas permis la descente des testicules. La microcéphalie et les fissures iriennes dénotent les troubles considérables de nutrition qui ont présidé au développement de ce sujet; la faiblesse intellectuelle à son tour, nous fait pressentir des modifications notables du cerveau. Dans le fait suivant c'est dans les organes génito-urinaires surtout que les perturbations nutritives se sont produites.

Observation III. — *Père ivrogne. Débilité mentale sur laquelle se greffe un accès délirant à évolution rapide. Garçon inscrit comme fille à l'Etat civil, conserve des vêtements de femme jusqu'à vingt-quatre ans. Hypospade scrotal à forme vulvaire. Pseudo-hermaphrodite mâle.* — C... (Marius), âgé de vingt-cinq ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 20 octobre 1886, dans un accès d'agitation avec délire mélancolique et mystique. Son père, adonné à l'ivrognerie est mort d'une apoplexie cérébrale, sa mère est nerveuse mal équilibrée ; une de ses sœurs est morte de méningite à onze mois. Né à Ballots (Mayenne), où on l'inscrit sur les registres de l'Etat civil comme appartenant au sexe féminin. Considéré comme fille on lui met des vêtements féminins et on l'envoie à l'école des filles. A sept ans, ses petites camarades ayant remarqué une conformation extraordinaire de ses organes génitaux, se moquent de lui. On le place alors dans un pensionnat dirigé par des religieuses. A treize ans, il quitte le pensionnat et entre dans un couvent de bénédictines, où l'une de ses tantes, religieuse, le destine au noviciat. Son peu d'aptitude au travail, la lenteur de son intelligence et l'apparition d'un peu de barbe au menton, en font peu à peu la risée de ses compagnes. Il quitte le couvent et rentre à la maison auprès de sa mère, s'occupe du ménage, fait la cuisine, coud et tricote. A la mort de son père, il s'éloigne de sa famille pour suivre en qualité de domestique un M. G..., âgé de 70 ans qui l'emmène à la Martinique. A peine arrivé en Amérique, il devient l'objet des assiduités de son vieux patron; il lui cède, mais comme aucun rapport normal ne peut s'effectuer, cet homme se livre sur lui à des actes contre nature qui finissent par l'onanisme buccal réciproque.

Cependant, une négresse, domestique dans la même maison, s'étant aperçue de sa conformation le prend pour un homme, en devient amoureuse et lui demande à partager son lit. Une mulâtresse fait à son tour sa conquête, mais ni avec l'une ni avec

l'autre de ses deux femmes, il n'éprouve les satisfactions que lui procurait son patron.

La barbe qui continue à pousser devient la cause de moqueries de la part de l'entourage et C... finit, au bout de trois ans, par se décider à rentrer en France, désireux de changer de costume et de position. Arrivé à Saint-Nazaire, il se fait examiner par un médecin qui le déclare homme. Il changea aussitôt son nom de Marie en celui de Marius, prend des vêtements d'homme, rentre à Paris et s'engage comme infirmier dans une communauté de religieux, non sans avoir subi un double examen du Père supérieur qui finit par le reconnaître *masculin*.

Vers le 17 octobre 1886, il est pris assez rapidement de délire, après quelques excès, d'ailleurs très modérés, de boissons. A son arrivée à l'asile, il crie, gémit, se lamente, prétend répandre autour de lui une odeur empestée, exprime des craintes de toute nature; il se dit l'archange saint Michel, l'Antéchrist, le roi des Juifs : « Je suis un misérable, tuez-moi, j'ai tué mon père et ma mère. » Il croit qu'on veut l'empoisonner, refuse de manger, il s'imagine qu'on veut le mettre dans un bain d'huile bouillante et il s'échappe par la fenêtre. Constamment inquiet, se nourrissant mal, ne dormant ni jour ni nuit, il s'affaisse rapidement; les vomissements empêchent le cathétérisme œsophagien, on le nourrit à l'aide de lavements peptonisés. Toutefois les hallucinations diminuent d'intensité, l'excitation s'apaise peu à peu, les idées mélancoliques, mystiques, ambitieuses disparaissent, et il consent à prendre quelques aliments. Quinze jours après son entrée, il est déjà en voie d'amélioration et depuis plus de six semaines il est tranquille, raisonnable, il dort bien, mange avec appétit et s'occupe d'une façon régulière dans le service.

Ce malade, par la conformation de ses organes génitaux, est un hypospade scrotal à forme vulvaire, un pseudo-hermaphrodite mâle, sa verge mesure quatre centimètres et demi, elle est formée de la portion glandaire du corps spongieux et d'une portion du corps caverneux ; le gland imperforé est muni au bord inférieur d'une légère dépression; dans l'érection l'organe se recourbe en bas et en arrière, retenu dans cette position par deux brides très nettes qui sont les rudiments de la portion cylindroïde du corps spongieux. Ces brides dites *masculines* par M. Pozzi se retrouvent chez la femme et répondraient d'après cet auteur à des parties homologues dans les deux sexes [1]. Au-dessous de la verge et de chaque côté il y a apparences de grandes lèvres résultant du

[1] Pozzi. — *De la bride masculine du vestibule chez la femme et de l'origine de l'hymen.* (Com. à la Société de Biologie, 26 janvier et 16 février 1884.)

défaut de soudure des deux sacs cutanés dont la réunion à l'état normal forme la double poche scrotale. Ces deux lèvres limitent une fente verticale qui aboutit à un cul-de-sac simulant une vulve. A trois centimètres et demi au-dessous de la verge, se trouve le méat urinaire, mis en communication avec le pénis par les deux brides *masculines* qui se séparent en bas pour embrasser l'orifice. A trois millimètres au-dessous du méat, on aperçoit un autre orifice qui s'ouvre dans un conduit analogue au vagin, qui n'a pas moins de quinze centimètres de longueur et qui admet une sonde d'un assez gros calibre. L'anus se trouve à quatre centimètres en arrière de ce speudo-vagin. Le toucher rectal, après l'intromission de deux sondes l'une dans l'urèthre, l'autre dans le canal sous-jacent, permet de sentir la première sonde dans un plan très élevé, et la seconde presque sous le doigt; celle-ci semble en outre, profondément se dévier à droite. Cette sonde retirée laisse voir à son extrémité, au niveau de son orifice latéral, quelques gouttes d'un mucus blanchâtre, inodore, au milieu duquel, au microscope, on voit quelques cellules épithéliales. La palpation des régions inguinales, sus et sous-pubiennes, de même que le toucher rectal, ne décèlent pas la présence de testicules. Le malade ne sait pas dire si, lorsqu'il se masturbe, il sort du liquide par le méat. Toutefois, on a trouvé dans son lit, des taches dont l'aspect rappelait les taches spermatiques.

Ajoutons enfin, que ce malade, hormis ses organes génitaux, possède les attributs du sexe masculin. Toutefois sa voix est flûtée, sa taille petite atteignant à peine 1 m. 44 centimètres, et son bassin un peu large : la distance, en effet, entre les deux épines iliaques antéro-supérieures est de 24 centimètres ; le diamètre transversal au détroit supérieur est de 23 centimètres et demi; la circonférence au niveau du bord supérieur des os coxaux mesure 82 centimètres, et le diamètre antéro-postérieur, de la région sacro-lombaire à la partie supérieure de la symphyse pubienne, est de 22 centimètres; les seins sont un peu gros mais l'aréole ni le mamelon n'offrent rien de particulier.

Nous avons vu chez ce malade le développement brusque et la cessation rapide d'un accès délirant polymorphe ; tout à coup des idées mélancoliques, mystiques, ambitieuses, des idées de persécution se sont montrées s'enchevêtrant sans ordre et donnant lieu en peu de temps aux manifestations les plus variées. Nous devons encore relever chez ce sujet l'aberration sexuelle qui le poussait à rechercher plus volontiers le commerce de son patron que les caresses des femmes. Cette tendance à l'inversion du sens génital est assez rare chez les pseudo-hermaphrodites mâles qui se font au contraire remarquer par l'attrait qu'ils éprouvent pour les relations féminines ; c'est même pour eux une sorte de révélation ; se

croyant femmes, ils s'étonnent eux-mêmes de leur inclination pour les femmes et dans quelques cas ils sont ainsi portés à douter de leur sexe et à se soumettre à l'examen qui vient les éclairer.

Dans le cas de M. Magitot, le sujet marié comme femme a toujours recherché les relations féminines et à la mort de son mari, il a continué à avoir des maitresses[1]. Dans la discussion qui a suivi cette communication, M. Mathias Duval a fait observer qu'il n'y avait jamais d'hermaphrodisme proprement dit et dans ce cas le sujet du sexe masculin était un homme par ses organes internes et un embryon par ses organes génitaux externes arrêtés dans leur évolution.

Pour nous rendre mieux compte de la conformation et des rapports des différentes parties constituantes des organes génitaux dans l'hypospadias périnéal nous rappellerons le fait fort instructif publié par M. Goujon[2]. L'examen anatomique permet de constater la présence dans leur position habituelle des deux glandes séminales en arrière de la vessie; d'autre part, les deux conduits éjaculateurs viennent déboucher près du bord antérieur du pseudo-vagin (utrécule prostatique). Cette disposion rappelle l'état normal, c'est-à-dire les rapports de l'utrécule prostatique avec l'embouchure des conduits éjaculateurs.

Sur le sujet de M. Goujon, le pseudo-vagin qui mesure 6 centimètres 1/2 était beaucoup plus court que chez notre malade, mais il était plus large puisqu'il pouvait recevoir le doigt indicateur. Chez lui, l'un des testicules était logé dans la lèvre droite, tandis que C... Marius est cryptorchide. La verge rudimentaire, le méat et les replis cutanés qui simulent les grandes lèvres offrent dans les deux cas la même disposition.

M. Séglas donne la description de l'arbre généalogique d'une famille de déséquilibrés dont tous les membres, jusqu'à la troisième génération, se sont mariés soit avec de véritables aliénés, soit avec d'autres déséquilibrés.

M. le Secrétaire général communique une observation de double paralysie spasmodique infantile qui lui a été adressée par M. Catsaras, membre correspondant.

M. Laroque, a propos d'un cas de mutisme hystérique publié par les journaux politiques, s'élève contre les pratiques d'hypnotisme qui, pour lui, sont pleines de dangers. Là, où certains voient des améliorations ou des guérisons imputables à la suggestion ou à

[1] Magitot. — *Nouveau cas d'hermaphrodisme.* (*Bull. soc. d'Anthrop.* 2 juin 1881.)

[2] Goujon. — *Etude d'un cas d'hermaphrodisme bisexuel imparfait chez l'homme*, avec 2 planches. *Journal anat. et physiol.* de Robin, novembre et décembre 1869.

des manœuvres effectuées pendant le sommeil provoqué, il ne voit que des coïncidences ; d'ailleurs, ajoute-t-il, la surdité hystérique guérit seule. Mais ce qui n'est plus une coïncidence sont les contractures dont les sujets peuvent être frappés à leur réveil. L'hystérie étant incurable, il n'y a pas lieu de s'en occuper.

M. VOISIN plaide les circonstances atténuantes pour l'hypnotisme et demande seulement qu'on en conserve le monopole à la térapeutique, mais il ne dit pas comment pourront s'en faire les applications s'il n'y a pas d'expérimentation préalable.

M. SEGLAS estime que si certains muets hystériques recouvrent d'eux-mêmes, à la longue, la parole ce n'est pas une raison suffisante pour les en priver plus longtemps quand il est si facile de la leur rendre. Pourquoi d'ailleurs manifester tant de craintes au sujet des contractures puisqu'elles ne sont qu'une manifestation hystérique qui, d'après M. Larroque, doit guérir d'elle-même ? Il termine en exposant que les contractures provoquées pendant le sommeil hypnotique par un expérimentateur *inexpérimenté* disparaissent très vite par des procédés élémentaires. MARCEL BRIAND.

Séance du 28 mars 1887. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Note sur un cas de conformation vicieuse des organes génitaux. — M. P. MOREAU (de Tours), communique l'observation d'une prétendue fillette de douze ans qu'il a eu l'occasion d'examiner à Saint-Lazare où elle avait été enfermée sous l'inculpation de vagabondage. C'est l'aînée de quatre enfants et ses parents avaient eu avant elle, une autre fille décédée peu de temps après sa naissance et qui présentait la même conformation. Bien qu'elle ait toujours porté des vêtements de fille elle a toute l'apparence d'un garçon. Lorsqu'on la découvre on trouve un pubis plat, comme chez l'homme, couvert de poils noirs et abondants, un bassin étroit, un ventre dur et proéminent. Le pénis est développé et présente un hypospadias très accusé. Lorsqu'on écarte les cuisses on ne voit pas de scrotum, mais une espèce de vulve ou plutôt une petite et mince lèvre entièrement cutanée qui règne de chaque côté de la paroi supérieure du canal. Au-dessous de la racine de la verge donne le méat urinaire. Par le toucher rectal on constate en avant et au niveau de la vessie une petite tumeur allongée, de forme ovoïde, indolente, que le doigt ne peut parfaitement limiter et qui n'est evidemment que l'utricule prostatique. On ne trouve pas de testicules. L'âge de l'enfant n'a pas permis à l'observateur d'obtenir aucun renseignement sur l'état psychique de l'enfant. Tout ce qu'on peut savoir c'est que le sujet fréquentait de préférence une certaine détenue ; son père croit avoir re-

marqué un penchant pour le sexe féminin. Il n'y a donc pas d'inversion sexuelle puisqu'il s'agit d'un garçon, mais alors ce sera un état civil qu'il faudra rectifier, car il a été inscrit sous le nom d'Estelle G.

M. MAGNAN fait remarquer, qu'en se plaçant uniquement au point de vue anatomique, cette observation est comparable aux malades qu'il a présentés dans la dernière séance.

Du délire chronique (*suite de la discussion.*) — **M. M. BRIAND** ne croit pas que le délire des persécutions, tel qu'il a été décrit par Lasègue, puisse être plus longtemps considéré comme une entité morbide. Il n'est qu'une phase souvent la plus longue et la plus apparente de l'état vésanique désigné du nom de *délire chronique*. Les mêmes malades dont l'observation a été prise en vue de fournir des arguments aux adversaires du délire chronique ne peuvent que servir à démontrer son existence. A la séance de novembre 1886, dit-il, M. Dagouet nous a opposé l'histoire de deux de ses malades : Fr., persécuté depuis vingt ans, « présenté dans plusieurs cliniques comme type de persécuté » qui n'a jamais eu aucune idée ambitieuse ; et celle d'un autre individu persécuté aussi pendant plusieurs années par un certain Michel et aujourd'hui guéri, « sauf la persuasion qu'il a que les voix qu'il entendait étaient réelles ». Or, il se trouve que pendant que Fr. était présenté comme « type de persécuté sans idées ambitieuses », M. Regis, chef de clinique de M. Ball, publiait l'observation très complète de ce même malade et le montrait inquiet, dès le collège, s'isolant de ses camarades, concentré, se complaisant dans la solitude et n'ayant des préoccupations que pour sa santé (première période ; plus tard, persécuté autant qu'on peut l'être pour les francs-maçons mis en campagne par son concierge, etc. (deuxième période ; puis orgueilleux, ambitieux, *mégalomane* en un mot s'abouchant avec les ministres pour leur communiquer ses inventions, en relations diplomatiques avec les puissances étrangères et empêchant par sa seule influence une guerre dont nous étions menacés (troisième période). Que voulez-vous de plus ? — Pour nous l'observation est concluante ; il n'est pas possible, en effet, d'imaginer un délirant chronique plus complet ; nous n'en demandons pas davantage pour notre diagnostic. L'autre malade dont M. Dagouet invoque l'observation est un individu qui, ayant été souillé par un individu du nom de Michel, croyait s'entendre appeler « Michel le... sodomiste ». C'est dans cette circonstance qu'il a tué à coups de revolver un passant inoffensif. Après une longue séquestration, X. a été remis en liberté ; mais la vie du dehors ne lui convenant point il est entré bientôt dans le service de

[1] *Folie à deux*. Thèse de Paris, 1880.

M. Dagouet qui l'a considéré comme guéri sans avoir passé par aucune période ambitieuse. Ne semble-t-il pas que ce soit aller un peu loin que d'affirmer la guérison? X... n'est qu'amélioré; son retour dans le service de M. Dagouet en est la preuve. S'il en était autrement, nul doute que l'ancien professeur de la Faculté de Strasbourg ne l'eût point reçu. Mais attendons la fin et donnons rendez-vous à X. dans quelques années. Alors seulement nous pourrons affirmer que son délire n'aura pas évolué.

Il ne faut pas cependant croire que les observations des délirants chroniques n'ayant jamais eu d'idées ambitieuses soient difficiles à trouver. Il en existe plusieurs; mais il faut penser que si les malades ne sont point arrivés jusqu'à leur phase de systématisation ambitieuse que nous leur attribuons, c'est que la mort les a surpris avant la maturité de leur délire, ou bien qu'ils ont guéri avant sa complète évolution. M. Faville dont on cherche à nous opposer l'autorité dit avoir constaté dans neuf observations de mégalomanes sur douze qu'il rapporte, que « si les malades ont été d'abord des lypémaniaques hallucinés, ce n'est que d'une manière secondaire et par une nouvelle évolution dans l'épanouissement du délire que se sont produits les idées de grandeur ». Or, c'est là précisément ce que les défenseurs du délire chronique veulent démontrer. Notre phase de persécutions n'est autre que votre lypémanie et si M. Faville n'a sur douze mégalomanes trouvé que neuf persécutés, c'est que les trois autres appartenaient probablement à une autre catégorie d'aliénés, celle des *persécutés persécuteurs* qu'il ne faut pas confondre avec les délirants chroniques car ils appartiennent au groupe des *héréditaires dégénérés*.

M. Falret décrit dans ses cours cliniques le délire des persécutions comme une espèce nosologique distincte qu'il divise en quatre périodes successives correspondant à peu de chose près à celles que nous attribuons au délire chronique, mais, tout en reconnaisant que dans un grand nombre de cas le délire des grandeurs vient s'ajouter aux idées de persécutions, il ne croit pas que cette évolution constitue une règle fixe. C'est la seule divergence de vue qui nous divise. Elle s'explique par cette circonstance que le délire chronique peut, comme nous l'avons dit plus haut, s'arrêter en route. Pour nous, la transformation est la règle mais quelle est la règle qui ne comporte pas d'exceptions? Peu importe, du reste, qu'elle soit absolue.

Le savant aliéniste de la Salpêtrière nous a dit encore que si l'intelligence des persécutés arrivés à la dernière période s'affaiblissait, toutefois la manifestation ultérieure du délire chronique ne devait pas être assimilée à une véritable démence. M. Garnier a déjà répondu à l'objection, il s'est défendu d'avoir jamais voulu confondre cet état avec la démence organique vraie.

Vous le voyez, messieurs, malgré les critiques dont il a été l'objet, le délire chronique est encore debout. N'est-il pas d'ailleurs la conséquence fatale d'une logique mal appliquée? Toutes les conceptions délirantes ont pour point de départ dans cette affection un substratum somatique manifeste. Dans la période prémonitoire les malades ont de l'angoisse, de l'inappétence, se plaignant de douleurs vagues; ils ont de l'embarras gastrique plus ou moins accusé, etc. Voilà pour l'état physique. C'est l'imagination qui fera le reste des frais : Je ne me sens pas à l'aise, dira le futur délirant chronique. — C'est que sans doute, pensera-t-il plus tard, on m'a rendu malade; alors on m'en veut. — Je suis donc quelqu'un pour qu'on me tourmente ainsi, ajoutera-t-il avec orgueil et il finira par se donner à lui-même une identité nouvelle. Puis, dans la suite, son intelligence s'usant en quelque sorte à tourner dans le même cercle, l'idée délirante s'atténuera et il ne restera de toute cette logique apparente qu'un état plus ou moins accusé de démence.

On peut encore ajouter que le délire chronique n'est pas la seule forme délirante à marche chronique dont l'exemple nous soit fourni par la médecine mentale. Il ne constitue pas une loi évolutive nouvelle. Vous vous rappelez encore l'intéressante communication de M. Cotard sur le *Délire des négations* [1]. N'êtes-vous pas frappés de la grande analogie de marche des deux affections? Leur point de départ est commun, mais comme les sujets réagissent chacun à leur manière, ils ne tardent pas à prendre une route différente et tandis que l'un, s'exagérant sa valeur, rapporte tout à lui-même pour devenir un centre autour duquel le monde social tournera vous voyez l'autre, se jugeant incapable, indigne, s'accuser lui-même et après avoir douté de sa propre existence en arriver à la nier formellement.

Il est un autre reproche auquel il serait exagéré d'attacher de l'importance car il a trait a une question de mots sans retentissement sur le fond même de la discussion. L'expression de *délire chronique* n'est pas claire, dit-on. M. Garnier a déja fait de larges concessions sur ce point, il propose le terme de *psychose systématique progressive*, celle de *délire chronique ambitieux* ou mieux *expansif* que je vous propose à mon tour aurait peut-être l'avantage de conserver l'ancienne expression sous laquelle l'état maladif est déja connu tout en la complétant par un adjectif qui permet une distinction avec toutes les formes dépressives de la folie mélancolique.

M. Cotard s'élève contre les tendances d'une certaine école qui voulant trop simplifier, étudie indéfiniment le cadre nosologique des différents groupes de formes mentales.

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, année 1882, nos 11 et 12.

M. DAUTREBENTE est d'accord sur la question de fond avec MM. Magnan, Garnier et Briand. Elève de Morel, il accepte les différentes transformations par lesquelles passent les délirants chroniques (les fous hypochondriaques de Morel) ; il cite à ce même propos un texte ancien de don Calmette, lequel avait déjà remarqué que les hypochondriaques manifestaient souvent des idées ambitieuses.

Hystérie, somnambulisme, vol inconscient. — M. GARNIER rapporte l'observation d'un hystérique qu'il a eu l'occasion d'examiner au point de vue médico-légal dans le service de M. Mesnet. Il s'agit d'un jeune homme qui dans un accès de somnambulisme avait volé différents objets mobiliers et les transportait chez lui en plein jour et devant de nombreux témoins. M. Garnier conclut à l'irresponsabilité.

M. FÉRÉ ne trouve pas démontré que le vol ait été commis pendant le sommeil somnambulique. Les criminels, dit-il, ont déjà beau jeu ; il ne faut pas leur rendre la tâche encore plus facile.

M. DAUTREBENTE rappelle que, pour M. de Rochas, il est facile de s'assurer si le sujet est ou non en état de sommeil somnambulique ou de suggestion hypnotique. S'il est insensible c'est qu'il est dans l'un de ces deux états et par conséquent irresponsable.

M. JOURNIAC communique l'observation d'un cas de dégénérescence mentale chez une jeune fille dont le frère est atteint lui-même de folie intermittente. Cette jeune fille qui se rend un compte très exact de son état est poursuivie depuis son enfance par une foule d'obsessions. Tantôt ce sont les morts qui lui font peur, tantôt les hommes qui vont la violer. Plus tard elle se sent poussée à tuer un enfant ; enfin dans ces dernières années, elle ne veut toucher à aucun objet dans la crainte qu'il ne soit pollué. Le frère est atteint de manie intermittente, mais les accès sont séparés par de longues périodes d'équilibre intellectuel complet.

MARCEL BRIAND.

CONGRÈS ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALIÉNISTES ALLEMANDS

SESSION DE BERLIN 1886[1]

M. le professeur WESTPHAL, président, après avoir salué l'assistance, consacre quelques paroles émues à la mémoire du docteur de GUDDEN : les membres présents se lèvent en son honneur. La Société a encore perdu pendant l'année qui vient de s'écouler : MM. Eschenburg, Seifert, Vorster, Maeder, Lorent, H. Frœnkel, Voppel, Brückner. MM. Grashey (de Würzboury) et Schuele (d'Illenau) sont nommés membres du bureau.

M. MOELI. *Que nous apprend l'expérience qu'on a faite à Dalldorf de la séquestration des aliénés criminels?* — L'asile de Dalldorf, bientôt après son installation, a dû recevoir un grand nombre d'individus souvent condamnés. Il n'existait pas pour eux de dispositions particulières, l'établissement se rapprochant autant que possible des asiles non fermés. Un grand nombre de prisonniers condamnés a des peines graves n'a occasionné aucune difficulté : aujourd'hui encore, parmi les travailleurs laissés libres de leurs mouvements, il existe une notable quantité d'individus de ce genre. Mais, a côté de cela, dès 1883 d'autres malades se sont fait remarquer par leurs allures rien moins qu'agréables, notablement par des évasions répétées nécessitant finalement une rigoureuse séquestration. Afin de ne pas exagérer la portée de ces faits uniquement mis en relief, Moeli s'est adressé aux chiffres. Mais il ne tient compte que des malades soumis à son observation personnelle, au quartier même d'aliénés de Dalldorf et non de ceux qui, d'ailleurs en très petit nombre, ont été séquestrés a l'hospice d'aliénés infirmes ou dans des succursales du même etablissement.

Question première. *Les malades en conflit avec la Loi ont-ils jeté de la perturbation et quelle espèce de perturbation, dans quelle mesure, dans l'asile?* Les tableaux dressés par Moeli portent sur la population et le chiffre d'entrées des trente derniers mois. On y compte deux cent quatre-vingt-dix-sept personnes ayant commis des actes illégaux..... A. Série des malades divisés en treize catégories d'après l'acte delictueux, sans tenir compte de leur état

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, XIII, p. 95.

mental avant ou après l'acte. Mention est faite : *a*. des évasions du champ de labour et des quartiers non fermés ; *b*. des évasions pratiquées par les portes, par effractions; *c*. des tentatives d'évasions. *Conclusion*. Ce sont les délinquants qui ont commis des crimes graves contre la propriété qui présentent dans les trois divisions sus-énoncées le maximum de fréquence d'évasions. Ceux qui étaient accusés de meurtres ou de violences ayant occasionné la mort n'ont pas entrepris d'évasions simples ou par effractions; il est vrai que ces individus-là étaient, pour la plupart, occupés avec d'autres..... B. Proportion des désordres occasionnés par les malades en question. Tableau indiquant séparément les individus non condamnés et les individus condamnés pour léger délit, (passion par exemple), les individus ayant commis des crimes contre la propriété mais non par habitude, les voleurs endurcis (65). Même division que plus haut. Or, tandis qu'il s'est évadé par effraction 43 °/₀ des criminels par habitude, il ne s'est évadé que 22 °/₀ des individus condamnés à de légères peines ou des voleurs d'occasion. C'est également parmi les voleurs d'habitude qu'ont prédominé les évasions du champ de labour et des ateliers non fermés, d'où la nécessité d'une incarcération rigoureuse quand la pratique eut démontré que leur séjour en liberté, sans surveillance dans l'asile, est impraticable. Mais à partir du jour où ces rigueurs furent mises en œuvre, ces aliénés inventèrent mille procédés pour s'évader avec effraction. Par conséquent les criminels aliénés provoquent toute espèce de perturbations.

Question deuxième. *Ces personnages particulièrement difficiles qui appartiennent à la secte des voleurs par habitude présentent-ils dans leur manière d'être quelque chose de particulier?* On compte parmi les criminels contre la propriété vingt-huit individus qui ont déterminé toute espèce de perturbations; parmi eux, vingt avaient subi une première condamnation avant vingt ans, presque tous avaient même été condamnés avant dix-huit ans, trois seulement n'avaient été condamnés que pendant leur vingt-cinquième année. En outre plus d'un tiers avaient déjà été traités dans une maison d'aliénés pendant leur vingtième année. Parmi les condamnés de cette catégorie on en compte un très grand nombre, le plus grand nombre, en proie à la débilité mentale ; et la proportion de ces débiles criminels croît dans la grande ville. L'agglomération exagérée en un même point de malades dangereux et l'influence fâcheuse qu'ils exercent les uns sur les autres constitue un autre motif des difficultés produites par ce genre de séquestration. L'asile de Dalldorf enfin est situé de telle sorte que les individus y nouent de mauvaises relations, sont attirés à s'évader pour rôder dans Berlin, voient sans cesse se renouveler leur entourage et par suite pensent peu à se faire une existence calme. Aussi s'effectue-t-il infiniment peu de guérisons et ne peut-on que

rarement leur accorder de congés. Il y aurait un très grand avantage à les faire travailler en grand nombre mais en les disséminant dans une quantité de petits ateliers séparés, ce qui permettrait de leur accorder une assez grande liberté. En tout cas évitez leur concentration. Il n'est besoin d'agencement spécial que pour ceux qui manifestement ne s'accommodent pas des conditions ordinaires.

Les asiles d'aliénés seuls leur conviennent, car seuls ils leur offrent la vie intérieure qu'il leur faut et l'occasion de l'émulation ; on leur donnera un personnel choisi rompu à la pratique psychiâtrique. Mais leur traitement est extrêmement difficile parce qu'ils sont dans un état mental particulier, qu'ils sont *madrés*, rusés. Les profanes ne les reconnaissent pas pour aliénés et maint aliéniste a un apprentissage à faire à leur égard. La rigueur de la discipline n'est d'aucune utilité ; il importe seulement de les surveiller avec soin.

Quant à l'installation des quartiers destinés à ces malades, on devra les séquestrer dans de petits logements de trois à quatre personnes ; il en faudra encore isoler toute une catégorie pendant la nuit : quelques-uns seront tenus non dans des cellules mais dans des chambres fermées, aérées, aussi confortables que possible où ils pourront au besoin travailler.

Il faut donc à Dalldorf se préoccuper d'une création nouvelle, car les dispositions actuelles ne conviennent pas à tous les malades. Comme, de plus, une partie des malades continue à être nuisible, il faut faire intervenir tous les moyens auxiliaires en rapport avec les besoins qu'imposent ces malades, avec le calme et l'ordonnancement de leur mode de vivre, avec leur sécurité.

Discussion. — M. Hitzig. Combien difficile est la situation qui nous est faite par l'attitude du public, de la police, en ce qui concerne les évasions. La séquestration et la sécurité des criminels dans les asiles ne font par conséquent que créer des difficultés encore plus grandes. Il vaudrait mieux les confier à des prisons d'invalides.

M. Schrœter. Les conditions faites par la présence des criminels aliénés à Dalldorf sont toutes particulières, comme j'ai pu m'en convaincre par plusieurs années d'expériences. D'autres asiles de province hospitalisent sans doute par ci par là un individu de semblable catégorie exigeant une attention spéciale et faisant souhaiter au personnel qu'on le puisse verser dans une institution qui lui soit consacrée spécialement. Par bonheur il n'y a à Dalldorf qu'un petit nombre d'individus imposant l'idée de la nécessité d'installations spéciales. Mais, comme ce sont les criminels par habitude qui prédominent, on s'aperçoit du manque d'un personnel dressé à cette surveillance, d'un dispositif particulier.

semblable à celui des établissements pénitentiaires. Du reste, comme, pour mériter la confiance du public dans nos asiles, nous nous efforçons d'agir avec la plus grande hauteur de vues, il y a lieu d'envoyer ces individus dans des institutions spéciales. Nous avons déjà des instituts pour idiots. épileptiques ; qu'on établisse des installations hospitalières pour les criminels aliénés auprès des pénitenciers, ceux-ci ne pouvant que bénéficier de voir des médecins transférer à cette annexe tout criminel soupçonné de simulation ou d'un trouble mental. Il serait au surplus fort intéressant que Dalldorf même fût pourvu d'une annexe de ce genre.

M. Mendel. La communication de M. Moeli montre que les aliénés criminels prédominent et qu'ils sont faciles à tenir. Elle montre aussi, ce qui offre un intérêt financier, qu'il ne s'agit que d'installations et non de vrais asiles. A mon sens, l'accumulation d'aliénés criminels ou de criminels aliénés dans le même établissement sera suspecte au point de vue des résultats. L'examen de Brooadmoore ne me permet pas de souhaiter semblable organisation en Allemagne ; je ne connais pas d'asiles d'aliénés ni d'établissements pénitentiaires qui fasse une impression aussi pénible que Brooadmoore. D'ailleurs la surveillance n'a jamais empêché à Brooadmoore les tentatives de fuite et de suicide.

M. Reinhard. L'expérience que j'ai faite de la question à l'asile de Friedrichsberg (Hambourg) me montre que l'on peut parfaitement séquestrer les criminels aliénés dans les asiles mêmes. Je les fais mettre aux agités, section qui ne se distingue des autres que par l'enceinte d'un mur élevé, en plus des grilles garnissant les autres sections. En adoptant certaines dispositions architecturales on peut *grosso modo* s'opposer à l'effraction, à la fuite de ces malades. A Hambourg même, les criminels qui étaient passagèrement malades à la prison centrale ont été tranférés au lazareth de cette prison ; on s'en est jusqu'ici bien trouvé.

M. Lœhr. Presque tous les rapports se plaignent de la réception des criminels aliénés avec d'autres malades et attribuent à ce mélange de grands inconvénients. Où les opinions commencent à se diviser, c'est sur la question d'élimination. Doit-on annexer aux asiles d'aliénés des quartiers spéciaux aux enfants et les annexer à des établissements pénitentiaires. Le rapt d'une malade par un criminel aliéné, le complot de cinq criminels aliénés qui s'étaient barricadés, avaient incendié un dortoir et voulaient s'enfuir (ce qui nécessita l'intervention de la force armée) constituent des exemples sans précédents dans les fastes de l'aliénation mentale pure. Sans doute il y a des arguments pour ou contre les deux manières de faire. Tenir des criminels dans les établissements destinés aux aliénés soulève bien des difficultés ; de petits

quartiers séparés de trois à quatre malades ne sont pas sans inconvénients.

M. Moeli. Mêler des malades condamnés à d'autres offre de grands dangers surtout pour le public. La distinction entre les criminels aliénés et les aliénés criminels est souvent hérissée de difficultés. Les aliénés criminels (expression pleine de contradictions) représentent la plupart des malades qui jettent le trouble dans l'établissement, quoique généralement ils n'arrivent dans les asiles qu'après une longue carrière de crimes. Il faut compter que 2 % environ de l'effectif en question exigent une claustration particulière en même temps qu'une division par petits quartiers. Il faut s'efforcer non pas de transférer ces malades dans toute espèce d'asiles d'aliénés, mais de les soumettre à un régime psychopathologique particulier.

M. Meschede. Toute la question est là. L'asile d'aliénés dans lequel on veut transporter ces malades est-il un asile de traitement ou un asile-hospice. On ne saurait les confier à un asile de traitement parce que le public hésiterait à mettre ses malades curables en contact avec des gens sans aveu et que des aliénés ordinaires seront tourmentés de l'idée qu'ils sont séquestrés avec des criminels, idée confirmée par la vue des appareils de sécurité extraordinaires exigés par ces derniers. Enfin les criminels sèment partout le désordre par leur propension extrême au tapage, aux plaintes perpétuelles, aux luttes, aux violences. Ces arguments tombent en partie devant les asiles-hospices ; par conséquent, il y a lieu de les pourvoir de sections séparées, ou de petits établissements séparés pour criminels aliénés. Je ne vois rien non plus à objecter contre l'installation d'asiles spéciaux pour aliénés criminels au compte de l'Etat.

M. Siemens. A Ueckermunde, sur deux cent vingt hommes, je n'ai eu que deux criminels aliénés, mais ils jettent une telle perturbation qu'il faudrait les éloigner. Il n'y a pas lieu d'annexer à un établissement ordinaire de sections de criminels aliénés. Il faut s'efforcer de repartir les quelques criminels aliénés dans des asiles offrant le caractères d'asiles-hospices.

M. Zinn. N'a jusqu'alors constaté aucun inconvénient émanant du petit nombre de criminels aliénés d'Eberswalde.

M. Sander. Les expériences faites en Angleterre sur les prisons d'invalides (rapport parlementaire de 1883) montrent qu'elles ne valent pas grand chose.

M. Hitzig. Il s'agit en cela, comme en autre chose, d'en savoir faire un emploi judicieux.

M. Siemerling. *Le système des portes ouvertes en Ecosse*. Voici les origines du système. A l'asile de district d'Haddington ouvert e[n]

1866 (100 malades) on n'avait point fait de clôtures autour des murs. A l'asile de district d'Argyll destiné à quatre cents malades, on dut, un beau jour, pour exécuter des transformations architecturales et agrandir l'établissement, ouvrir les cours; des circonstances tout accessoires ayant empêché la réfection des murs, il fallut essayer sans eux de surveiller les malades; or il arriva qu'on en obtint des résultats favorables, depuis lors on s'en passa et, dans la plupart des asiles de l'Ecosse, les cours ne furent pas fermées. On installa donc dans les grands établissements certaines sections tout à fait ouvertes dans lesquelles tout ce qui peut s'opposer à la fuite, y compris les serrures, fut supprimé ; ces sections furent consacrées aux aliénés tranquilles, inoffensifs. Mais c'est à l'asile de Fife and Kinross (trois cent trente malades) que le système fut pratiqué sur une large échelle ; on n'y compte actuellement que deux sections fermées (une pour vingt femmes, l'autre pour trente hommes); le résultat depuis dix ans a été excellent. Le système fut rigoureusement pratiqué à l'asile de Woodilee près Glasgow, pour cinq cents malades. (Voy. le *Twenty-third annual report of the general board of commissioners in lunacy for Scotland* [1].) On est en outre frappé dans cet établissement du travail agricole en liberté. L'asile de Woodilee reçoit surtout ses malades (ouvriers de fabriques et matelots) de Glasgow; on n'y peut choisir ni les conditions, ni les sujets. Sur une population de cinq cent quarante-trois aliénés (deux cent soixante-treize hommes, deux cent soixante-dix femmes, l'asile reçut en 1885 cent quatre-vingt-neuf aliénés (quatre-vingt-quinze hommes, quatre-vingt-quatorze femmes), pour lesquelles quarante-six P-G. (quatorze hommes, deux femmes) soit 8 p. 100 ; douze épileptiques (sept hommes, cinq femmes, soit 6 p. 100; vingt individus âgés de plus de soixante ans soit 10 p. 100. On n'exclut abolument du travail que les malades atteints d'affections somatiques intercurrentes et les agités ; le rapport de septembre 1885, signale seulement quarante-quatre hommes, cinquante femmes. 84 p. 100 des hommes, 82 p. 100 des femmes sont occcupés à travailler. En somme chaque jour cent cinquante hommes sont occupés en liberté, en section de huit à dix pour un gardien. Cinquante infirmiers ou infirmières sont préposés aux soins et à la surveillance, soit dix à douze aliénés par agent dont la rémunération est de 62 fr. 50 pour le gardien, de 37 fr. 50 pour la gardienne ; naturellement cette rémunération est minima et en outre de tous les avantages en nature. C'est du reste le seul établissement où soit pratiqué, jusque dans ses détails les plus menus, le système des portes ouvertes. Dans tous les autres, existent des quartiers plus ou moins

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. X, p. 240, et *Année médicale* 1885 et 1886, t. XI, p. 90, 335.

grands, plus ou moins fermés, destinés à la séquestration des malades qui doivent être tenus. Mais en revanche partout en Ecosse le système des portes ouvertes est plus ou moins employé, de concert avec l'exploitation agricole. Dans les asiles privés on s'y est mis : voyez l'asile de Saughton Hall près d'Edimbourg pour quarante à cinquante malades. (Voir *Batty Tuke Journ. of ment. science*, oct. 1881.) Qu'en résulte-t-il ?

TABLEAU DES ÉVASIONS.

A Woodilee, en 1883, sur une population de 522, il y en a eu 16.
1885, — 512, — 18.

	En un an				p. 100
Statistique de quatre asiles anglais et écossais, d'après *Campbell. On escapes liberty happiness and unlocked doors as the affect patients in asylums.* (*Journ. of. ment. Science*, juillet 1884.)	Asiles anglais	2.344	—	42	= 1,79
	Asiles écossais	1.398	—	72	= 5

Statistique des asiles écossais

		p. 1.000
Avant l'introduction du système.	1871-1875.	32
Six ans après l'introduction du système.	. . . .	37
Dans les quatre dernières années.	1882-1885	33

Conclusion : le système des portes ouvertes n'a pas fait croître le nombre des évasions.

Les cas de suicide n'ont pas davantage augmenté. Depuis l'existence de Woodilee, c'est-à-dire en 11 ans on a constaté deux cas de mort en dehors de l'établissement (accident de voie ferrée d'une évadée, submersion d'évadés), mais sans préméditation ; il n'y a pas eu d'accidents imputables au traitement en liberté.

Quels sont ses avantages ? — Un calme parfait ; absence de scènes capables d'agiter les malades ; on ne serait que rarement obligé d'isoler les aliénés même pour agitation maniaque ; ceux mêmes qui ne travaillent point restent en liberté. Un livre spécial doit enregistrer l'isolement obligatoire, sa durée, ses motifs. Et qu'on ne vienne pas imputer ces résultats au caractère particulièrement calme de la population en Écosse, car une bonne partie des individus de Glasgow qui viennent à Woodilee sont des Irlandais, très émotifs, très violents. C'est donc à l'usage de la liberté, à l'absence de scènes violentes, à l'agitation passagère qu'il convient d'en attribuer le mérite.

Le personnel de surveillance à qui on enlève ses clefs n'a plus qu'à concentrer toute son attention sur les malades; il n'est plus vis-à-vis d'eux un geôlier, double motif pour que les relations entre infirmiers et aliénés soient douces et efficaces. Sans doute il faut avoir alors un personnel mieux stylé, plus intéressé à sa tâche, qui se préoccupe davantage des malades, qui leur inspire plus de confiance. Ce personnel a été obtenu en Ecosse.

Quant au travail agricole en plein air, il a un avantage tout hygiénique. En effet sur trente-trois morts on ne signale qu'un phthisique, et la mortalité générale n'est que de 5,05 p. 100; elle n'a pas dépassé 7,08. Chaque aliéné dans les établissements de l'Ecosse a coûté de 1874-75, 2 fr. 15; de 1884-85, il est revenu à 1 fr. 65; le prix de journée aurait donc plutôt baissé par l'introduction du système.

On ne pense pas en Ecosse à tout réformer absolument, mais à appliquer le système le plus possible. Les établissements qui s'y plieraient le mieux sont ceux qui sont situés loin des villes, ont un grand périmètre, et peuvent servir d'exploitations agricoles. Par exemple Morningside près Edimbourg, et l'asile royal de Glasgow, qui, tout en recevant beaucoup de malades (une admission par jour dans le premier) n'ont qu'un territoire limité, ne peuvent pratiquer le système que dans une petite partie de l'établissement. D'autre part Woodilee situé dons une région populaire, au voisinage immédiat d'une voie ferrée, obtient d'excelleuse résultats, parce que sa disposition architecturale est très bien conçue et que les admissions n'y sont pas trop fortes.

Donc pour pratiquer le système des portes ouvertes, il faut:

Le terrain nécessaire à une grande exploitation agricole;

Un établissement ne recevant pas trop de malades;

Un établissement qui ne soit pas trop rempli;

Un personnel en qui l'on puisse avoir confiance.

En dehors de l'Ecosse le système n'a pas été mis largement à contribution. Les opinions en Angleterre sont à son égard très partagées. (V. Campbell. *Remarks on some misnor matters of management in asylums. Journ. of. ment. science*, oct. 1883. — Fr. Needham. *The open-door-system The journ of. ment. science.* juill. 1881, janv. 1882.) — A Kœnigslutter, en Allemagne, on a, dans des pavillons nouvellement construits [1], essayé ce système; nous en connaîtrons plus tard les résultats. (V. Hasse. *Quelques mots sur les asiles d'aliénés* [2].)

L'Ecosse offre-t-elle des conditions sociales et administratives propres à favoriser le développement de ce système. Dans ce pays, l'administration se préoccupe vivement de l'hospitalisation de ces

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. X, p. 138 et 295.

[2] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XI, p. 88.

malades. L'autorité (Board of Lunacy), qui contrôle tous les malades en dehors et au dedans des établissements, se guide de l'encombrement, et en cherche les remèdes. Elle a pour cela les asiles d'aliénés infirmes et le traitement des aliénés dans les familles qui déchargent d'autant les asiles ordinaires. Et cependant l'encombrement se produit, même à Woodilee. A côté de cela les asiles ordinaires peuvent, en vertu de dispositions légales particulières relatives à la séquestration des criminels aliénés, être purgés de l'élément qui jette la plus grande perturbation dans une exploitation à l'état libre. Mais les conditions favorables peuvent être réalisées ailleurs. Et ce système mérite considération et imitation.

Discussion. — M. FUERSTNER. Sur cinq cents lits on ne compte que cent quatre-vingts admissions par an ; c'est là encore un facteur favorable. Dans ces conditions de réception favorables, on trouverait en Allemagne toute une série d'établissements dans lesquels le système en question serait applicable. Il serait encore intéressant de savoir de quel milieu viennent les gardiens. Peut-être ici encore les conditions sont-elles plus favorables que chez nous. On doit enfin se demander comment le public accepte cela. Dans les établissements qui avoisinent les grandes villes, cette liberté constituerait une mauvaise affaire, du moins dans quelques parties de l'Allemagne. Notre public est-il assez familiarisé avec les psychoses et les malades pour accepter ces errements, et, dans les cas d'accidents ou de malheurs, pour ne pas nous en faire un crime? Nous devrions d'abord nous efforcer de parer à l'admission aussi rapide et aussi multipliée que possible ; quand nous aurons assez d'asiles-hospices et que nous n'aurons plus à redouter l'encombrement, on pourra expérimenter partiellement, si toutefois nous sommes en mesure d'avoir un meilleur personnel.

M. PŒTZ. A l'origine, à Alt-Scherbitz[1], un tiers seulement des malades dut être séquestré dans un établissement central relativement fermé, les deux tiers étant hospitalisés dans des colonies à portes ouvertes. Tel a été l'avantage du système des portes ouvertes que, depuis 1876, je l'ai installé également dans la plus grande partie de l'établissement central et qu'actuellement je n'ai sur six cents aliénés, pas plus de soixante-dix à quatre-vingts malades véritablement enfermés, et encore, sur les soixante-dix à quatre-vingts malades, il y en a un grand nombre qui ne sont séparés du contact du public qu'à cause, non de leur propension à s'évader mais de leur insociabilité. Bien des aliénés ne sauraient être traités par le système des portes ouvertes parce qu'ils tendent, surtout dans les cas de psychoses

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. X, *Rapport de Lœhr.*

récentes, à s'évader et à devenir violents. Alt-Scherbitz se trouve du reste dans des conditions défavorables parce qu'il est forcé de recevoir tous les malades maniaques, agités de Nietleben [1] qui viennent de toute la province. Qu'on n'aille d'ailleurs pas aux extrêmes, qu'on n'applique pas indistinctement à tous les psychopathes un procédé unique, qu'on l'applique à tous ceux qui, d'une manière quelconque, supportent la liberté.

M. Lœhr. Les conditions de la vie politique et sociale, et le développement historique de l'Angleterre sont si originaux, qu'il convient d'être sobre d'appréciations, même en ce qui concerne la psychiâtrie, car nous n'y comprenons souvent pas grand'chose. Leur loi sur les aliénés représenterait chez nous un pas en arrière. Pour apprécier le système des portes ouvertes, il faudrait savoir quels malades y sont soumis. Les asiles mêmes y comportent des mesures absolument différentes les unes des autres et, quand on les visite brièvement, on n'en tient souvent pas compte. Un admirateur des asiles anglais prétend que le système des portes ouvertes a permis de diminuer le personnel de garde (*Allg. Zeitsch. f. Psych* XL. 843)[2]: Siemerling (*Archiv. f. Psychiat.* XVII. 577)[3], se pose la question de savoir si à Woodilee il y a des malades qui tendent à s'enfnir alors qu'aujourd'hui même il vient d'y répondre affirmativement. L'expectation est donc de rigueur. Nulle part, plus que dans l'aliénation mentale le traitement ne s'applique à des individualités. C'est au médecin à se prononcer en face des observations et des ressources à sa disposition. En second lieu, notez que ce système ne peut être pratiqué qu'à la condition que les malades soient toujours occupés en liberté. Or, n'est-ce pas ce qu'on fait dans les asiles allemands? Et cependant on ne saurait s'y passer de clefs. En outre, des malades curables sont placés à côté de malades incurables, en Allemagne, ce qui ne se fait pas en Angleterre. Les autorités et le public ne semblent d'ailleurs pas si entichés de ce système, car, il y a quelques années, à la suite d'une tentative de fuite de l'asile de Lenzie, près Glasgow, qui entraîna la mort du malade et les plaintes de sa famille, le juge de paix menaça l'établissement de faire une enquête, en cas de récidive, et le tribunal le condamna à 50 livres d'amende. Il sera toujours plus sûr, en pareille circonstance, de fermer un quartier qui. d'ailleurs admet une certaine liberté, que d'utiliser un gardien à une étroite surveillance, à une surveillance continue. Cette fermeture, quand elle est nécessaire, est plus avantageuse que tout autre procédé. S'il n'y a pas nécessité, qu'on se relâche de

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. X, *Rapport de Lœhr*.
[2] *Id. Revues analytiques.*
[3] *Id. Revues analytiques.*

la restriction en question. Quant aux modifications architecturales, elles ne sont pas en faveur auprès de M. Lœhr et ne sont pas faites pour lui inspirer le goût du système; il ne se montre pas sympathique à l'exécution d'une transformation qui ne lui paraît point nécessaire.

M. Tuczek voudrait savoir combien d'aliénés sur mille habitants sont séquestrés dans les établissements de l'Ecosse. La statistique montre que, dans tous les Etats cultivés il y 4 aliénés pour 1000 habitants et que la moitié d'entre eux, soit 2 p. 1000, est séquestrée. Parmi le premier millième, ayant le plus pressant besoin de l'admission (aliénés récemment malades incapables de vivre en société, ayant besoin de surveillance) il n'y en a naturellement que peu qui supporteraient le système des portes ouvertes. Par conséquent, en Allemagne, les provinces qui n'ont pas encore de place pour 1 pour 1000 de leur population, ne pourront guère faire de semblables essais, tandis que là où le second millième de la population peut bénéficier du traitement dans les asiles, on pourra faire un essai étendu du système, ainsi dans le district du Cassel. Le troisième et le quatrième millièmes pourront être traités *ad libitum* dans un asile ou dans les familles.

M. Siemerling. A l'asile de Morningside près Edimbourg, dirigé par Clouston, le personnel est particulièrement stylé. Ce ne sont que les gardiens les plus appropriés qui sont appliqués au traitement des malades. Le public ne se montre pas hostile au traitement des malades en liberté; il est plus accoutumé aux aliénés à raison de l'extension donnée au traitement des aliénés dans les familles.

M. Sander. *Coups d'œil et échappées sur l'assistance des aliénés à Berlin.* Répartition des aliénés de Berlin pendant ces dernières années, dans les établissements de la Charité, Dalldorf et les quartiers ressortissant aux aliénés du régime commun. En 1860 on avait traité dans les asiles, sans compter la Charité, 0,43 pour 1000 de la population; en 1870, 0,67; en 1875, 0,75; en 1880, 1,10; en 1884, 1,56. Cette augmentation de la proportion des aliénés provient des conditions sociales. Les conditions défavorables du travail ont empêché bien des malades de rester au dehors, beaucoup ont été placés parce que les conditions d'agitation de la ville leur ont nécessité les secours de l'asile. L'idiotie s'est particulièrement accrue à Berlin. Actuellement, Dalldorff contient mille deux cent cinquante aliénés, les asiles privés neuf cents malades appartenant au régime commun. De nouvelles constructions sont imminentes. Par exemple un asile d'aliénés pour 1000 malades, un asile d'épileptiques pour 600, voire 1000 individus.

(*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIII, 3.) P. Keraval.

SÉNAT

—

DISCUSSION DU PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS[1].

Séance du mardi 30 *novembre* 1886.

INCIDENT

M. Théophile Roussel. Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. Théophile Roussel.

M. Théophile Roussel. Messieurs, je viens, peut-être un peu tardivement, demander une rectification au procès-verbal de la séance de samedi. Lorsque j'ai parlé, à la dernière séance, de l'homme qui le premier a posé des règles pour l'éducation spéciale des jeunes idiots, j'ai dit qu'il y avait une quarantaine d'années qu'il avait fait ces travaux. Le *Journal officiel* me fait dire une quinzaine d'années. J'attache un certain intérêt à ne pas paraître apporter à la tribune une aussi grande ignorance des questions que j'ai à y traiter.

Puisque j'ai parlé de Séguin, je dois ajouter que ses travaux écrits en langue française sont antérieurs à la révolution de février 1848. Il fut un des ardents républicains de sa génération. Après la chute de la République, il émigra en Amérique, et c'est là qu'il a fait en langue anglaise ses derniers travaux. Les bienfaits de sa méthode ont été justement appréciés dans ce pays où l'on prise à un si haut degré les luttes entreprises contre la nature et les victoires remportées sur les obstacles naturels; on a caractérisé son œuvre par une expression que j'aime à répéter ici, en disant qu'il a été un des grands pionniers de l'humanité.

M. le Président. L'ordre du jour appelle la suite de la 1re délibération sur le projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Je rappelle au Sénat qu'à la dernière

[1] Voy. *Arch. de Neurologie,* p. 135 et 258.

séance le 3e paragraphe de l'article 1er a été renvoyé à la commission.

M. Théophile Roussel, *rapporteur*. Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. le rapporteur.

M. le Rapporteur. Messieurs, le 3e paragraphe de l'article 1er du projet de loi a été renvoyé à la commission à la suite d'observations présentées par M. le ministre de l'intérieur, et après la présentation d'un amendement développé sommairement à la tribune par l'honorable M. Georges Martin et renvoyé à l'examen de la commission. La commission s'est réunie hier et a repris de concert avec M. le ministre de l'intérieur, l'examen du paragraphe en question, et je viens faire connaître au Sénat le résultat de ses délibérations.

Je dois rappeler d'abord le texte du paragraphe : « L'Etat fera construire un ou plusieurs établissements spéciaux pour l'éducation des jeunes idiots ou crétins et pour le traitement des jeunes épileptiques. » Le sénat n'a pas oublié à quelles appréhensions ce texte avait donné lieu de la part du Gouvernement.

Tout en déclarant que le but que se proposait la commission lui paraissait excellent, que la proposition d'étendre la protection de l'Etat sur les jeunes idiots indigents en leur assurant une éducation spéciale, et sur les jeunes épileptiques indigents en leur assurant un traitement dans des établissements spéciaux, était digne de tout l'intérêt du Gouvernement, M. le ministre de l'intérieur exprimait la crainte que la rédaction de la commission n'engageât le principe même qui régit l'assistance des idiots et des épileptiques, et que son adoption ne pût avoir pour conséquence de faire supporter par l'Etat des charges que la loi a imputées au compte des familles, des communes et des départements.

Les déclarations expresses auxquelles le paragraphe qui nous occupe a donné lieu dans le rapport de la commission établissent, au contraire, que celle-ci avait entendu ne rien changer, quant aux bases mêmes ou aux principes de l'assistance.

Il est dit nettement dans le rapport qu'il s'agit seulement d'étendre à l'éducation spéciale des jeunes idiots ou crétins indigents et au traitement des jeunes épileptiques, dans les établissements modèles dont elle demande la création à l'Etat, les conditions que le Gouvernement a fixées lui-même dans l'article 40 de son projet primitif, devenu l'article 49 de la commission, pour les aliénés dits criminels ; c'est-à-dire que la dépense des individus qui seraient admis dans les asiles sera supportée par les départements auxquels ils appartiennent jusqu'à concurrence du prix de journée payé par ces départements pour ses aliénés ordinaires. Le surplus de la dépense seul, s'il y en avait,

serait à la charge de l'Etat. En somme, la charge de l'Etat se réduisait à la création d'un établissement modèle et aux frais spéciaux auxquels l'éducation ou le traitement pouvaient donner lieu.

Mais, bien qu'aucune équivoque ne pût naître sur cette question de principe, que la charge des malades ou infirmes qui devront passer des établissements exclusivement affectés au traitement des aliénés dans les établissements qui doivent être appropriés pour eux dans des conditions plus économiques, doivent continuer à peser principalement sur les départements, la commission du Sénat n'a pas pu accepter l'amendement que M. Georges Martin lui a sommairement expliqué dans la dernière séance et qui est conçu en ces termes : « Les départements devront faire construire des établissements spéciaux ou des quartiers spéciaux dans les asiles existant actuellement, pour l'éducation des jeunes idiots ou crétins et pour le traitement des jeunes épileptiques. »

La commission n'admet pas que l'on puisse imposer à tous les départements la charge de construire des établissements spéciaux ou des quartiers spéciaux, pour les catégories d'infirmes ou de malades qui, dans les départements ordinaires et surtout dans les petits départements, comportent un effectif numériquement peu considérable. M. Georges Martin, sénateur de la Loire, s'est inspiré du grand exemple que donne le département de la Seine, qui, en ce moment, dans des proportions presque grandioses, fonde à Bicêtre, sous l'impulsion d'un médecin distingué qui est lui-même député de la Seine, un établissement pour l'éducation des jeunes idiots et le traitement des jeunes épileptiques. Mais ce que la Seine, Paris, avec son immense population et ses grandes ressources, a pu réaliser, serait irréalisable, et d'une bien faible utilité, d'ailleurs, dans beaucoup de cas. Le besoin de beaucoup de départements serait de trouver, comme cela a lieu pour les jeunes sourds-muets et les jeunes aveugles, la possibilité de placer un certain nombre de jeunes idiots dans les établissements d'éducation spéciale et un certain nombre de jeunes épileptiques dans des établissements de traitement spécial. On ne saurait leur imposer raisonnablement l'obligation de faire construire et d'organiser eux-mêmes ces établissements.

Après avoir écarté l'amendement de M. Georges Martin, la commission n'a pas fait de difficulté, pour donner au Gouvernement pleine satisfaction, d'insérer dans le texte même de l'article 1er une disposition, établissant en termes formels qu'après la séparation en fait des établissements actuels d'aliénés en asiles de traitement de l'aliénation mentale et en maisons de refuge, colonies ou autres établissements à créer, la charge des malades ou infirmes déversés dans ces derniers établissements

restera ce qu'elle est aujourd'hui et se partagera suivant les règles établies dans la loi de 1838.

La commission a, dans ce but, rédigé un 3e paragraphe de l'article 1er, dont le texte se comprendra très clairement lorsque j'aurai donné lecture du 2e paragraphe du même article, déjà adopté par le Sénat. Ce 2e paragraphe est ainsi conçu : « Les aliénés réputés incurables, les épileptiques, les idiots et les crétins peuvent être admis dans ces établissements tant qu'il n'a pas été pourvu à leur placement dans des colonies, dans des maisons de refuge ou autres établissements appropriés. » A ce deuxième paragraphe la commission propose d'ajouter : « Lorsque ce placement s'effectuera, les dépenses des malades ou infirmes ci-dessus désignés continueront à être réglées conformément aux articles 45 et 46 de la présente loi. »

Les articles 45 et 46 de la présente loi sont les articles qui régissent présentement l'assistance des aliénés. Le Gouvernement s'est déclaré complètement satisfait par cette rédaction de la commission.

Il resterait, messieurs, la rédaction ancienne de la commission, aux termes de laquelle l'Etat assumait en principe l'obligation de créer un ou plusieurs établissements modèles dont le but, la raison-d'être et la nécessité ont été présentement exposés au Sénat. Sur ce point la commission du Sénat ne pouvait pas être ébranlée dans ses convictions; mais elle a été touchée par les déclarations que M. le ministre de l'intérieur s'est déclaré disposé à porter lui-même, en cas de besoin, à cette tribune et que je résumerai en peu de mots. D'une part, il est impossible, en fait au Gouvernement (la question de principe étant écartée) d'assumer l'obligation que le vote du paragraphe 3 de la commission lui imposerait; mais, d'autre part, l'opinion du Gouvernement étant la même que celle de la commission sur le fond des deux questions, sur l'intérêt qui s'attache à l'éducation des jeunes idiots et du traitement des jeunes épileptiques, M. le ministre déclare que le Gouvernement est décidé à comprendre ces deux catégories de malheureux dans le programme des études auxquelles se livre en ce moment l'administration en vue d'apporter des compléments et des améliorations au régime d'éducation des jeunes aveugles et des sourds-muets.

En définitive, comme le paragraphe 3 de la commission se bornait à une prescription qui ne liait le Gouvernement ni quant à la date de l'exécution ni quant au chiffre de la dépense, la commission a accueilli avec reconnaissance les déclarations de M. le ministre de l'intérieur et, dans ces conditions, elle a décidé de ne pas insister sur le maintien du troisième paragraphe qui avait été réservé dans la dernière séance.

M. LE PRÉSIDENT. Il résulte des délibérations de la commission

qu'elle renonce à l'ancienne rédaction du paragraphe 3 et qu'elle place après le paragraphe 2 cette disposition: « Lorsque ce placement s'effectuera, les dépenses des malades ou infirmes ci-dessus désignés continueront à être réglées conformément aux articles 45 et 46 de la présente loi. » Monsieur Georges Martin, maintenez-vous votre amendement?

M. Georges Martin. Non, monsieur le président, et j'accepte cette rédaction, puisque l'ancien paragraphe 3 est supprimé.

M. le Président. Quelqu'un demande-t-il la parole sur la nouvelle rédaction proposée par la commission? (Cette nouvelle rédaction est adoptée.)

M. le Président. Je mets aux voix l'ensemble de l'article 1er. (L'ensemble de l'article 1er est adopté.)

M. le Président. Le dernier paragraphe de l'article 4 a fait l'objet de deux réserves. La commission est-elle prête à donner des explications à ce sujet?

M. le Rapporteur. Je n'ai pas besoin de monter à la tribune pour faire une simple observation. Les deux réserves dont M. le président vient de parler ne peuvent être mises en discussion que lorsque l'article 15 sera soumis au Sénat.

M. le Président. Le Sénat statuera donc sur ce point quand l'article 15 viendra en délibération. Il en est de même pour l'article 6?

M. le Rapporteur. Oui, monsieur le président.

M. le Président. Nous arrivons, messieurs, à l'article 7. — La parole est à M. le rapporteur.

M. le Rapporteur. Messieurs, l'article 7 a été l'objet d'un amendement que l'honorable M. Lacombe a développé à cette tribune dans la dernière séance. Cet amendement porte sur le 2e paragraphe de l'article 7. Je dois rappeler tout d'abord, en effet, que le 1er paragraphe de cet article, renvoyé à la commission, a été voté à la dernière séance et n'a donné lieu à aucune difficulté. Ce 1er paragraphe est ainsi conçu :

« Nul ne peut créer ni diriger un établissement privé sans l'autorisation du Gouvernement et sans avoir déposé un cautionnement. »

C'est sur le paragraphe 2 de la commission que porte l'amendement de M. Lacombe. Voici le texte de la commission :

« Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants ou l'un des descendants, le frère ou la sœur du malade, n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés. »

M. Lacombe a proposé d'abord d'ajouter à la mention qui est faite au tuteur, un complément qui exige que ce tuteur soit spécialement autorisé par le conseil de famille. La commission a accepté ce complément. C'est une mesure de protection de plus à ajouter à celles qu'elle a introduite elle-même dans la loi en faveur de l'aliéné mineur ou interdit.

L'honorable M. Lacombe propose ensuite de faire au texte de la commission une adjonction plus importante. Le projet primitif du Gouvernement étendait jusqu'aux parents au 4e degré inclusivement l'exemption de la surveillance que le texte du paragraphe 2 de la commission, accepté par le Gouvernement, restreint au tuteur, au conjoint, aux ascendants, aux descendants, au frère et à la sœur.

La commission a pensé, et le Gouvernement avec elle, que donner au texte de la loi l'extension réclamée par l'honorable M. Lacombe, c'est désarmer d'avance cette loi contre les abus révélés par l'expérience et auxquels la loi nouvelle doit mettre un terme; ce serait rentrer purement et simplement dans les inconvénients reconnus de la situation actuelle, et laisser un large champ ouvert aux séquestrations arbitraires qui donnent lieu à des plaintes si souvent répétées.

On ne pourrait pas nier en effet que c'est dans les conditions que l'amendement tendrait à maintenir, que se passent les faits les plus odieux dont il s'agit d'empêcher le retour. Par ces motifs, messieurs, la commission d'accord avec le Gouvernement ne pourrait pas accepter cette partie de l'amendement de l'honorable M. Lacombe.

La dernière partie de cet amendement se rapporte au paragraphe 3 de l'article, qui est conçu en ces termes : « Nul ne peut soigner un aliéné dans les conditions prévues au paragraphe précédent sans qu'il en ait fait la déclaration, dans le délai d'un mois à partir de la mise en traitement de la personne malade, au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de cette personne. » — Voici maintenant la rédaction de l'amendement :

« § 3. — Nul ne peut soigner un aliéné dont il n'est ni le tuteur, ni l'allié ou le parent, ainsi qu'il est prévu au paragraphe précédent, sans qu'il en ai fait, dans le délai d'un mois à partir de la mise en traitement de la personne malade, la déclaration au procureur de la République de son arrondissement. »

Messieurs, la commission pense que sa rédaction, avec certaines modifications que je vais indiquer au Sénat, donne une satisfaction plus complète aux préoccupations qui ont dicté l'amendement, en même temps qu'à celles que l'honorable M. Roger-Marvaise a apportées à cette tribune.

M. Roger-Marvaise s'était plaint de l'ambiguité du texte pro-

posé par la commission. Ce texte, en réalité, n'est autre que le texte du projet primitif du Gouvernement. Ce dernier, en effet, avait partagé en deux articles, l'article 3 et l'article 10, les dispositions que la commission a cru devoir réunir en un seul.

L'article 10 du Gouvernement est ainsi conçu : « Nul ne peut créer ni diriger un établissement privé sans l'autorisation du Gouvernement et sans avoir déposé un cautionnement. « Nul ne peut soigner un aliéné dans les conditions prévues par le paragraphe 2 de l'article 3 de la présente loi sans qu'il en ait fait la déclaration, dans un délai d'un mois au maire de la commune. »

Voici maintenant le paragraphe 2 de l'article 3 du projet du Gouvernement :

« Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants, l'un des descendants ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement du malade n'ait son domicile dans la même maison et ne procède personnellement aux soins qui lui sont donnés. »

Si l'on rapproche ces textes de celui de la commission, on voit que celle-ci, après avoir retranché les collatéraux et remplacé le maire par le procureur de la République, s'est bornée, comme changement aux dispositions proposées par le Gouvernement, à l'insertion du 2e paragraphe de l'article 3 entre le paragraphe 1er et le paragraphe 2 de l'article 10, afin de réunir en un seul article les dispositions concernant l'aliéné traité dans des domiciles privés.

Toutefois la commission, tenant compte de la difficulté soulevée par un homme aussi compétent et aussi habitué à lire les lois que l'honorable M. Roger-Marvaise, s'est attachée à présenter aujourd'hui au Sénat un texte rédigé de façon à ne prêter à aucune ambiguité. Voici la rédaction qu'elle propose, d'accord avec le Gouvernement :

« Art. 7. — Nul ne peut créer ni diriger un établissement privé sans l'autorisation du Gouvernement et sans avoir déposé un cautionnement. Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le tuteur, autorisé par le conseil de famille à se charger du traitement, le conjoint, l'un des ascendants ou l'un des descendants, le frère ou la sœur du malade, n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés.

« Nul en dehors des personnes ci-dessus exceptées, ne peut soigner un aliéné dans un domicile privé sans qu'il en ait fait la déclaration, dans le délai d'un mois à partir de la mise en traitement de la personne malade, au procureur de la République du domicile de cette personne. A défaut de déclaration, il pourra

être pourvu au placement de ladite personne conformément à l'article 23 ci-après. »

La commission est convaincue que l'addition au 3e paragraphe de ces mots : « en dehors des personnes ci-dessus exceptées », doit donner satisfaction à l'honorable M. Roger-Marvaise. Notre honorable collègue a porté à la tribune une dernière objection : il a dit qu'il n'y a pas de sanction aux principes de l'article 7. De l'ensemble des dispositions que la commission propose il résulte clairement, pour ceux qui étudient cet ensemble, que toute infraction aux prescriptions de l'article 7, notamment le défaut de déclaration, tombent sous le coup des dispositions pénales qui formaient le titre III de la loi. Il est vrai que la commission n'a pas cru qu'il fût nécessaire ici d'une disposition penale particulière. Elle a reconnu seulement que, pour ne donner prise à aucun doute, il était peut-être bon d'indiquer dans la loi elle-même ce qui adviendrait dans le cas où, la déclaration exigée ayant fait défaut, il s'agirait, non de la sanction pénale concernant la personne responsable de cette déclaration, mais des mesures à prendre en faveur de l'aliéné lui-même si sa sécurité paraissait menacée dans le domicile privé où il a été retenu et où la surveillance de l'autorité est venue l'atteindre.

La commission avait pensé que dans ces cas le procureur de la République ne manquerait pas de provoquer une décision du tribunal en chambre du conseil et que le tribunal pourrait provoquer un placement d'office. Cette solution ressort naturellement des dispositions nouvelles qui caractérisent le projet du Gouvernement, dans le titre II de la loi. La commission a pensé toutefois qu'il pouvait être utile d'ajouter au dernier paragraphe de l'article 7 la disposition suivante : « A défaut de déclaration, il pourra être pourvu au placement de la personne aliénée conformément à l'article 29 ci-après. »

L'article 29 est celui qui règle les placements d'office, non seulement des aliénés qui sont un danger pour la sécurité publique, mais de ceux qui sont dans une situation où leur propre sécurité est menacée. Voilà, messieurs, l'ensemble des dispositions de l'article 7 que la commission a l'honneur, d'accord avec le Gouvernement, de proposer au vote du Sénat.

M. Lacombe. Je demande la parole.

M. le Président. Permettez, monsieur Lacombe! M. Roger-Marvaise a demandé la parole avant vous. La parole est à M. Roger-Marvaise.

M. Roger-Marvaise. Messieurs, je reconnais que la nouvelle rédaction qui vient d'être proposée par la commission donne satisfaction en partie aux observations que j'avais eu l'honneur de soumettre au Sénat à la dernière séance ; mais, à mon sens,

la satisfaction n'est pas complète, et dans l'article, tel qu'il est proposé par la commission, il y a une atteinte, selon moi, et une atteinte grave encore portée aux droits de la famille. C'est sur ce point que je voudrais appeler l'attention du Sénat, parce que cet article 7 et l'article 8 sont des articles essentiels dans le projet de loi, j'allais presque dire qu'ils en sont les articles principaux. En ce qui concerne toutes les dispositions du projet qui sont relatives aux établissements d'aliénés, il n'y a plus de difficulté.

La surveillance est organisée; on peut ne pas être complètement d'accord avec la commission sur l'étendue de ce droit de surveillance, sur sa réglementation, mais, quant au principe lui-même, pas de difficulté. Mais où je trouve que la commission porte une atteinte, et une atteinte grave aux droits de la famille, c'est dans l'article 7, et c'est sur ce point que je veux insister devant le Sénat. Voici, en effet, messieurs, ce que nous dit la commission, car sa rédaction n'est pas modifiée sur ce point: « Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul. »

Je dis que c'est là qu'est l'exagération. Je n'ai pas besoin de dire au Sénat, car c'est là une vérité frappante, qu'il y a des degrés dans toutes les maladies. On est atteint d'une maladie, mais on ne peut pas savoir, à son début, quelles en seront les suites, quels en seront les degrés de gravité.

Et par cela même qu'une famille, cédant à des idées que l'on comprend parfaitement, place un de ses membres, son fils ou sa fille, dans une maison, confie ce malade à un tiers: alors qu'on ne sait en aucune manière quelles seront les suites de sa maladie, vous allez mettre la maison de ce tiers, de cet ami, sous la surveillance de l'administration, et vous allez obliger un membre de la famille, — car c'est peut-être un membre de la famille ou un ami intimement lié avec elle — à faire la déclaration au procureur de la République qu'il a reçu une personne chez lui? Et, désormais, cette personne va être placée sous la surveillance de l'administration? Je répète que c'est excessif. Vous portez là une atteinte et une atteinte grave aux droits de la famille, aux droits du père de famille.

Ah! je comprends que vous interveniez efficacement lorsque cette maladie s'est traduite par des faits qui ne laissent aucun doute sur sa gravité; alors il y a un fait extérieur qu'on peut saisir, qu'on peut comprendre et qui peut servir de base à une disposition législative. Mais tant que ce fait n'est pas apparu, tant qu'on n'est pas certain du progrès de la maladie, je dis que l'administration ne peut pas intervenir sans porter une atteinte grave aux droits de la famille. Que se passe-t-il, en effet, journellement?

Ce matin, j'ai reçu un rapport sur le projet de réforme relatif

à la législation sur les aliénés. Ce rapport est l'œuvre de M. le docteur Blanche, et j'avoue que j'y ai trouvé des vérités saisissantes en ce qui concerne la possibilité pour la famille de confier momentanément à un de ses membres ou à un ami une personne que l'on croit malade, mais sur la gravité de la maladie de laquelle on n'est pas édifié.

Voici, en effet, ce que je lis dans ce rapport : « En matière de maladies, il est permis de se dire, pour se justifier, qu'il manque un élément de certitude mathématique, que les cas les plus analogues ne sont jamais complètement identiques, que les effets du mal ne seraient peut-être pas dans celui-ci ce qu'ils ont été ou ce qu'ils pourraient être dans celui-là, et la conscience finit par s'accorder avec les sentiments. Ces angoisses pour l'avenir d'un être chéri dominent même le chagrin de la maladie présente ; la maladie, on va la soigner, on la guérira, qui en pourrait douter ? Mais plus tard, si on savait ! Alors on loue un pavillon dans un jardin, le médecin est prêt, on se procure des gardiens, le malade est installé, et quand la crise est passée, sans laisser de traces, il rentrera intact dans la vie ordinaire. C'est ainsi que les choses ont lieu maintenant. »

Je dis que tant que la maladie ne s'est pas traduite par un fait extérieur qu'on peut saisir, cette personne malade ne tombe pas sous la surveillance de l'administration, et doit rester dans le domaine de la famille.

Aussi, lorsque je me suis reporté à toutes les législations étrangères citées dans le rapport de l'honorable M. Roussel — rapport extrêmement remarquable et qu'on ne peut lire sans porter immédiatement le plus grand intérêt à cette question, sans être saisi par le sujet — quand je me suis reporté à ce rapport, j'ai vu que toutes les législations étrangères que l'on visait condamnaient absolument le système de la commission. Je prends pour exemple la législation belge. Elle date de 1874. Comme vous voyez, elle n'est pas ancienne. Que dit-on dans cette législation ?

« Nulle personne ne peut être séquestrée dans son domicile ou celui de ses parents ou des personnes qui en tiennent lieu, si l'état d'aliénation mentale n'est pas constaté par deux médecins désignés, l'un par la famille ou les personnes intéressées, l'autre par le juge de paix du canton, qui s'assurera par lui-même de l'état du malade et renouvellera ses visites au moins une fois par trimestre. »

C'est le fait de la séquestration que le législateur atteint. De même, en ce qui concerne une autre législation qui est également citée dans le rapport — car tous les documents que je fais passer sous les yeux du Sénat, je les puise dans le rapport même de M. Roussel, — la loi de Norvège contient la disposition sui-

vante : « Nul ne peut être détenu comme aliéné dans son domicile, chez des parents ou des étrangers, ou être gardé à vue, sans qu'avis en ait été donné, aussitôt que possible, au pasteur ou à un médecin, lequel devient dès lors responsable de l'exécution de la loi et doit adresser un rapport au département de l'intérieur. »

Ainsi, c'est le fait de séquestration que l'on retient, que l'on réglemente et sur lequel on légifère. Mais lorsqu'il n'est pas nécessaire de séquestrer, lorsque le malade que l'on qualifie d'aliéné ne menace pas la sécurité publique; qu'il n'est, au sein de la famille, l'objet d'aucune préoccupation de ce côté; lorsqu'il n'est offensif pour personne, comment voulez-vous que le législateur intervienne au mépris du droit de la famille? (Très bien!)

Abordons maintenant le texte proposé par la commission. Je vais le mettre sous les yeux du Sénat, et en même temps je vais indiquer la modification qui, à mon sens, doit y être apportée. Cette modification consiste uniquement dans l'indication que nous trouvons dans l'article 7 du projet de la commission lorsqu'il s'agit d'apprécier les pouvoirs de la famille. A cette rédaction de la commission venant dire d'une manière absolue : « Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité même seul, à moins, » etc..., je proposerai au Sénat de substituer le texte suivant : « Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité avec nécessité de le tenir enfermé. »

C'est cette nécessité de le tenir enfermé qui sera le fait qui justifiera l'intervention du législateur. Mais s'il n'est pas nécessaire de le tenir enfermé, pourquoi voulez-vous intervenir? Ah! je comprends que, dans certains cas, l'autorité publique puisse intervenir. C'est ce que le projet fait dans l'article 29. Il spécifie les circonstances dans lesquelles cette intervention peut se manifester, et il exige des faits extérieurs. Voici ce que le projet dit :

« Art. 29. — A Paris, le préfet de police, et dans les départements les préfets, ordonnent d'office le placement dans un établissement d'aliénés de toute personne, interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation, dûment constaté par un certificat médical, compromettrait la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, ou sa propre sécurité. »

Je comprends parfaitement l'intervention du préfet en pareille circonstance; mais tant que ces faits qui peuvent légitimer l'intervention de l'autorité préfectorale ne se sont pas manifestés, tant que tout s'est passé dans l'intérieur de la famille, qu'il n'y a de menaces pour la sécurité de personne, qu'il n'y a pas de menaces pour la sécurité de l'aliéné lui-même, qui peut être malade mais qui peut être traité sans bruit au sein de sa famille ou chez un ami, je ne comprends pas l'intervention du législateur.

Voilà la restriction que j'apporte à la rédaction de la commission, à savoir qu'il faut ajouter au premier paragraphe : « Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité » les mots : « avec nécessité de le tenir enfermé. » C'est cette restriction que nous trouvons dans l'article 8 qui limiterait les droits de la famille, et c'est parce que j'admets cette restriction dans l'article 8 que je propose un paragraphe additionnel à l'article 7, dans lequel je réserverais d'une manière générale les droits de la famille.

« Ces dispositions... », — c'est-à-dire celles relatives au cas où un aliéné est traité dans une maison avec nécessité de le tenir enfermé, — « ces dispositions ne sont pas applicables à l'aliéné soigné soit dans son domicile, soit dans celui de son tuteur ou de ses parents jusqu'au huitième degré. » Comme vous le voyez, j'ai limité les parents qui peuvent recevoir l'aliéné.

M. Testelin. Les parents sont, la plupart du temps, les ennemis.

M. Roger-Marvaise. Messieurs, lorsqu'on légifère, est-ce qu'on peut prendre pour point de départ d'un projet de loi quelconque un esprit de défiance contre la famille?... Mais alors, renversez complètement notre législation, refondez toutes les dispositions qui se trouvent au titre du code civil sur la famille; dites qu'il ne faut pas en tenir compte! Il y a là, messieurs, des droits incontestables attachés à la puissance paternelle, à l'intervention de la famille dans la composition du conseil de famille, et dans les mesures à prendre pour sauvegarder les droits des personnes qui en font partie.

Je dis que nous devons respecter ces principes fondamentaux de la famille et que tant qu'ils resteront la base de notre organisation civile nous devons les refléter dans toutes les lois dont est saisi le Parlement. C'est pour cela que je demande au Sénat de vouloir bien renvoyer mon amendement à la commission. (Très bien! très bien! sur divers bancs.)

M. de Marcère. Je demande la parole. (M. de Marcère se dirige vers la tribune.)

M. le Président. Non, permettez, M. Lacombe était inscrit avant vous.

M. de Marcère. C'est une simple question que je veux adresser à la commission.

M. le Président. Vous avez la parole.

M. de Marcère. Messieurs, les observations qui viennent d'être développées à la tribune par notre honorable collègue avaient frappé, je crois, beaucoup d'esprits dans le Sénat et je dirai le mien en particulier. La disposition qui en ce moment-ci est sou-

mise à la discussion a pour effet de placer la famille sous la surveillance de l'administration quand elle a un aliéné chez elle. On dit : c'est une atteinte portée à la liberté de la famille, il faut des cas graves, des raisons sérieuses pour qu'on puisse porter une telle atteinte à l'inviolabilité du domicile privé. Ce scrupule est fondé. C'est mon opinion. Mais je crois, étant donnée la composition de la commission, connaissant surtout la science et la grande compétence de son rapporteur, que la commission est en mesure de donner au Sénat des justifications très sérieuses de cette disposition du projet qu'on peut au premier abord considérer comme une mesure exorbitante.

M. le Rapporteur. C'est le Gouvernement qui l'a introduite.

M. de Marcère. Il s'agit donc de justifier cette mesure exorbitante qui consiste à soumettre la famille au contrôle, à la surveillance de l'administration lorsqu'elle a chez elle un de ses membres qui est frappé d'aliénation mentale. Il est facile de faire cette justification, en signalant les abus graves, les faits considérables qui ont appelé l'attention du Gouvernement et de la commission et qui leur ont suggéré le projet en discussion. Je pense qu'ils existent; je crois que, en effet, cette mesure peut être justifiée par des faits.

Je demande à la commission de vouloir bien nous les faire connaître; je demande à la commission et à son honorable rapporteur de vouloir bien nous indiquer quels sont les genres d'abus qu'elle a constatés dans les longues recherches qu'elle a faites, quels sont les faits qui ont frappé la commission et qui justifient la mesure qu'on demande au Sénat. Je suis convaincu que cette justification peut se faire; mais il est bon pour rassurer la conscience d'un grand nombre de nos collègues et la mienne que cette justification soit apportée à cette tribune. Je demande à M. le rapporteur quels sont, je le répète, les faits et les circonstances graves qu'il a constatés et qui justifient la mesure qu'il propose. (Très bien ! sur divers bancs.)

M. le Président. La parole est à M. le rapporteur.

M. le Rapporteur. Je crois, messieurs, que sur le fond même de l'article 7, pour la défense du principe de cet article et de ses dispositions essentielles, c'est au Gouvernement qu'il appartient de répondre à M. Roger-Marvaise. La lecture que j'ai donnée tout à l'heure de cet article a montré que c'est au Gouvernement que revient l'honneur d'avoir voulu introduire dans la loi nouvelle le principe de la surveillance protectrice de l'aliéné dans les domiciles privés. Je me borne à rappeler que la commission, s'associant avec conviction à la pensée du Gouvernement, s'est attachée à assurer dans la pratique l'efficacité de la surveillance et du contrôle dont le principe avait été posé par le Gouverne-

ment. Je me bornerai donc à répondre à la question qui m'a été directement adressée par l'honorable M. de Marcère.

Notre honorable collègue a dit qu'il supposait que la commission avait eu des raisons graves, puisées dans l'étude des faits, pour admettre et proposer au Sénat les dispositions de l'article 7 qui sont en ce moment en discussion. Eh bien, je lui répondrai sans hésitation : Oui, nous appuyons nos propositions sur l'étude des faits, non seulement des faits que tout le monde peut connaître comme nous, mais encore de ceux qui n'ont pu être bien observés que par les hommes qui ont voué leur vie à l'étude de l'aliénation mentale et du sort des aliénés.

Que le Sénat me permette de le dire : Combien, dans cette Assemblée qui compte tant d'hommes d'une expérience consommée, pourrions-nous compter de personnes qui aient pu acquérir une expérience personnelle et directe en matière d'aliénation mentale? Et puisqu'on a porté à cette tribune la question de ce qu'il convient de faire au sujet de l'aliéné gardé et traité dans sa famille, j'aime à croire qu'aucun de ceux qui m'entendent n'aura à régler sa décision d'après ce que son expérience personnelle pourra lui suggérer. Mais voici, sans entrer dans des énumérations de faits qui ne sauraient avoir ici leur place, le résultat indiscutable de l'expérience de tous, l'objet d'une étude longue et approfondie.

Cette expérience, faite en tout temps, dans tous les pays, apprend d'abord que l'on ne peut pas appliquer à l'aliénation mentale les raisonnements que M. Roger-Marvaise a apportés à cette tribune. Ce qu'il a dit du sanctuaire de la famille, du droit pour elle de garder dans son sein, à l'abri de toute surveillance étrangère, un de ses membres atteint de maladie, est une incontestable vérité pour toutes les maladies, pour tous les cas, un seul excepté, celui de l'aliénation mentale. C'est une triste exception, mais elle impose à l'autorité publique d'abord et à la famille elle-même des obligations dont il faut bien reconnaître l'impérieuse nécessité, dans le double intérêt de l'aliéné et de la société.

Je puis tout d'abord signaler ce premier résultat de l'expérience, à savoir que, tandis que les souffrances des malades ordinaires ravivent en quelque sorte la tendresse de leurs proches parents qui les soignent, l'effet le plus ordinaire de l'aliénation mentale est de tendre à altérer les sentiments naturels dont ils sont l'objet dans leur famille. Si l'aliéné est en proie à un délire violent, il devient un objet de craintes continuelles et souvent de terreur; s'il est triste, affaibli, en proie à une monomanie de persécution ou à des hallucinations, ses parents, au contraire, pèsent incessamment sur lui, et au lieu de le placer dans des conditions favorables à la guérison, le fatiguent et l'exaltent par leurs inutiles efforts de raisonnement.

Dans tous les cas, au bout d'un certain temps, cet être tendrement chéri d'abord devient une charge, une gêne, et de nouvelles dispositions de cœur et d'esprit finissent par remplacer la tendresse première. Les calculs intéressés s'y mêlent trop souvent, et c'est ainsi que le séjour de l'aliéné dans la famille, funeste à l'aliéné parce qu'il est presque toujours contraire à son traitement, est fâcheux pour la famille elle-même, parce qu'il trompe ses espérances affectueuses et aussi parce qu'il tend et qu'il arrive trop souvent à dénaturer ses sentiments.

Ce que je viens de dire, messieurs, c'est le résumé très imparfait des leçons de l'expérience. Il n'y a pas de traitement de l'aliénation dans la famille; les efforts soutenus pour la maintenir dans ce milieu où elle est née sont une des causes importantes de son incurabilité. La première condition pour secourir efficacement l'aliéné, c'est cet isolement médical, qui ne consiste pas, comme le sens grammatical de ce mot pourrait le faire croire, à placer un aliéné dans la solitude, dans des conditions particulières de réclusion, mais à changer son milieu d'existence, à éloigner de lui les conditions dans lesquelles son mal l'a atteint, à l'entourer de conditions nouvelles.

J'ai dit ce qui advient de l'aliéné riche ou du moins aisé lorsqu'il est maintenu par les siens dans les conditions de la vie de famille. Je n'ai pas besoin d'ajouter combien est plus triste encore, plus malheureux, plus sûrement voué à l'incurabilité, sinon aux sévices de la séquestration arbitraire, l'aliéné appartenant aux familles les moins favorisées par la fortune. Pour tous, le vrai refuge c'est l'asile, l'asile tel que la science et l'assistance contemporaines l'ont constitué; c'est là que ce malade de l'esprit trouve le seul régime qui lui convienne et puisse l'amener à la guérison.

Telles sont les raisons, les raisons tirées des faits, comme le demandait M. de Marcère, qui, indépendamment de celles que le Gouvernement et la commission ont apportées à l'appui de l'article, ont fortifié les tendances restrictives que l'on reproche à celle-ci à l'égard des droits de la famille à maintenir les aliénés dans son sein, en dehors de tout contrôle de l'autorité publique.

La commission est convaincue au contraire qu'il est bon, non seulement pour l'aliéné, mais pour la famille elle-même, que l'œil de l'autorité publique pénètre dans ce sanctuaire, puisqu'on s'attache à ce mot, dont le sens est pour nous aussi un objet de respect, qu'il y pénètre dans la mesure et avec les ménagements que la commission a la conviction d'avoir gardés dans la rédaction des articles 7 et 8, qui sont en effet, comme on l'a dit, étroitement connexes.

Je crois, messieurs, avoir suffisamment répondu à la question que m'a posée M. de Marcère. Je n'entrerai pas plus avant dans la discussion du fond de l'article 7; car, comme je l'ai dit en

commençant, cet article sera défendu avec plus d'autorité que je ne saurais en avoir par le Gouvernement qui l'a introduit dans le projet de loi. (Très bien! à gauche et sur divers bancs.)

M. le Président. La parole est à M. le commissaire du Gouvernement.

M. Cazelles, commissaire du Gouvernement. Messieurs, pour répondre aux préoccupations de l'honorable M. Roger-Marvaise, qui ne se trouve pas satisfait des modifications que la commission a introduites dans la rédaction de l'article 7, modifications que le Gouvernement a acceptées, renonçant lui-même au texte qu'il avait proposé, je dois faire remarquer que ce que le Gouvernement a cherché à éviter et ce qu'il trouve possible d'éviter grâce à la rédaction de l'article 7, c'est justement la séquestration.

Voix à gauche. C'est cela ! C'est évident !

M. le commissaire du Gouvernement. C'est la séquestration que le Gouvernement a voulu viser. (Très bien! Très bien ! à gauche.)

Lorsque la pensée du Gouvernement s'est reportée sur la loi de 1838 et qu'il a assumé l'obligation de la réformer, il n'a pas dû se préoccuper des écarts ou des abus qui auraient pu être commis par les placements faits d'office ou par les placements volontaires faits dans les maisons d'aliénés publiques. Ce n'est pas là qu'on a remarqué ces actes de séquestration violente et souvent sauvage qui ont ému l'opinion publique non pas au moment où ils se sont produits, mais bien longtemps après qu'ils se sont produits et alors que le mal résultant de la séquestration était complètement opéré. Nous ne demandons pas de pénétrer dans le sein des familles au début même du mal, et nous comprenons très bien le sentiment de pitié dont l'honorable M. Roger-Marvaise se faisait l'organe il n'y a qu'un instant; nous comprenons parfaitement les paroles, la citation éloquente qu'il a empruntée à M. le docteur Blanche.

Nous savons que les familles riches peuvent aisément entourer de toute espèce de soins, dans les conditions les meilleures, les aliénés qu'elles veulent garder auprès d'elles. On nous a parlé de ce pavillon construit dans un parc afin de ne pas éloigner l'aliéné de la surveillance même du proche parent ; mais nous n'avons pas affaire exclusivement à des familles opulentes; nous avons affaire, malheureusement, et en très grand nombre, à des familles pauvres ou voisines même de l'indigence, et nous savons que dans ces familles il n'y a pas moyen de donner aux aliénés des soins suffisants. Nous voyons la plupart du temps ces aliénés parqués dans un coin abject de la maison ; quelquefois même on déménage un animal domestique pour loger l'aliéné dans une place où il ne peut se coucher ni se tenir debout. Il y eu malheureusement des exemples caractérisés de ce que je viens de dire.

Ce que nous demandons, ce n'est pas de pénétrer dès les premiers mois dans le sein des familles pour imposer les soins qu'on ne réclame pas. On laisse un délai. On suppose que pendant un délai de trois mois les soins de la famille n'ont pas pu rendre la santé à l'aliéné séquestré et soigné. Là, au bout de ces trois mois, — nous arrivons ainsi à la rédaction de l'article 8, qui se lie intimement à l'article 7 et à l'article 8 du projet du Gouvernement et de la commission. — Si, au bout de ce délai, il n'est pas possible de ramener l'aliéné à la santé, si rien ne justifie plus la séquestration, si elle ne se trouve justifiée par ce fait, que l'aliéné se trouve renfermé dans la maison de la famille ou dans celle d'un ami de la famille, quelle objection à faire à la séquestration d'un aliéné dans un asile privé ou public?

Qui est-ce qui place l'aliéné dans un asile public? En cas d'urgence et de danger public, c'est l'autorité; et, sur ce point, il n'y a d'opposition de la part de personne dans le Sénat. Lorsqu'il y a placement volontaire, c'est-à-dire sur la demande de la famille, le doute peut se présenter. Quand une famille ne peut garder, loger et faire soigner chez elle un aliéné, pourquoi lui imposerions-nous, dans le cas où elle l'introduit dans un hospice ou dans un établissement public ou privé, l'obligation exceptionnelle, celle de la surveillance, dont nous dispensons celles qui garderont l'aliéné chez elles? Evidemment, la raison de cette distinction ne s'aperçoit pas.

Je ne puis, messieurs, reconnaître la légitimité de l'objection qui porte sur la distinction qui est faite en faveur de la famille. Nous ne portons aucune espèce d'atteinte aux droits de la famille; nous lui laissons, pendant trois mois, le droit de soigner, comme elle le veut et aussi bien qu'elle le peut, le malade qu'elle a malheureusement à soigner...

M. LE MARQUIS DE CARNÉ. C'est de l'article 8 que vous parlez!

M. CAZELLES. Oui, mais l'article 8 se lie intimement à l'article 7. Nous ne demandons rien dans l'article 7.

M. LE MARQUIS DE CARNÉ. Si! vous demandez une déclaration au bout d'un mois!

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. Pas aux parents rapprochés!

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. Non, pas aux parents rapprochés. Nous ne demandons de déclaration qu'aux parents éloignés, auxquels nous ne donnons pas, dans l'article 8, le droit de soigner leurs aliénés.

M. ROGER-MARVAISE. Je demande la parole.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. Dans l'article 7 nous demandons, dis-je, la déclaration des parents auxquels nous ne donnons pas le droit de soigner. Nous demandons dans l'article 8 que la déclaration soit faite au procureur de la République de l'ar-

rondissement, lequel n'a pas la possibilité d'aller s'assurer de l'état du malade, mais qui peut seulement, en s'inspirant des conditions du cas, examiner, d'après le rapport qui lui est fait, s'il se trouve en présence d'une famille qui peut soigner et qui veut le faire, ou bien s'il se trouve, au contraire, en présence d'un de ces cas douteux qui appellent particulièrement l'attention du Gouvernement. Voilà les motifs pour lesquels le Gouvernement avait introduit cette disposition dans un article dont je n'ai pas ici le numéro, mais qui a pris une nouvelle forme dans les articles 7 et 8 qui vous sont soumis.

M. LE RAPPORTEUR. Ce sont les articles 3 et 10 du Gouvernement. L'article 10 disait : « Nul ne peut créer ni diriger un établissement privé sans l'autorisation du Gouvernement et sans avoir déposé un cautionnement. »

Le paragraphe 2 de l'article 3 disait : « Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants, ou l'un des descendants, le frère ou la sœur du malade, n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés.

« Nul ne peut soigner un aliéné dans les conditions prévues au paragraphe précédent sans qu'il en ait fait la déclaration, dans le délai d'un mois à partir de la mise en traitement de la personne malade, au maire de la commune. »

C'était au maire de la commune que, primitivement, le Gouvernement voulait que l'autorisation fût demandée. La commission a réuni ces deux dispositions en un seul article.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. Il résulte de cette lecture que la pensée du Gouvernement a été de prendre une sauvegarde contre les séquestrations faites par les familles. Maintenant, faut-il ajouter que la pensée du Gouvernement s'est portée aussi sur l'aliéné lui-même? Il n'a pas été seulement question de sauvegarder sa liberté, mais de songer à sa santé.

Lorsqu'on examine les statistiques de guérisons des aliénés, on reconnaît très vite que ceux qui sont soumis à un traitement dans les premiers temps de l'aliénation guérissent dans une très forte proportion ; tandis que ceux qui sont laissés à domicile — et ce sera le cas, justement, des aliénés dans les familles pauvres, — ceux qui restent sans traitement utile, ceux-là n'ont plus aucune espèce de chance de guérir. C'est donc dans l'intérêt du malade, de sa santé et de sa liberté, que le Gouvernement a proposé l'article que la commission a modifié, mais dont il accepte la rédaction nouvelle. (Approbation sur plusieurs bancs.) (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

XVIII. *Le magnétisme animal;* par BINET et CH. FÉRÉ. In-8°. Paris, 1887. F. Alcan, éditeur. (*Bibliothèque scientifique internationale.*)

Bien que l'éminent chef de l'Ecole de la Salpêtrière ait fait entrer dans une voie scientifique ce que les profanes décorent du titre de magnétisme animal, les racontars les plus étranges ont été dits et publiés même par les esprits les mieux doués. On a observé ou cru observer des phénomènes rappelant les merveilles du temps de Mesmer, si bien qu'il est à craindre qu'on n'assiste sous peu à la formation de deux courants d'idées : l'un rappelant la secte des spirites ou croyants, l'autre niant à outrance jusqu'aux faits les plus strictement établis. C'est que bien des personnes, j'entends de celles qui, sans être spécialisées, aiment à pénétrer aussi à fond que possible les progrès de la science, connaissent des intégralités, la méthode de déterminisme rigoureusement suivie par M. le professeur Charcot et que même, parmi les savants, il en est qui ne s'astreignent peut-être pas autant qu'il le faudrait à l'examen et à l'expérimentation méthodiques des faits spontanés ou provoqués dans un cadre de conditions bien précises. Il convenait donc de mettre à la portée de chacun les notions possédant un caractère d'authentique véracité, des conditions nettement définies, démontrer quelles sont ces conditions, quels sont dans ces conditions, les phénomènes objectifs invariables que l'on obtient et à quels signes physiques on les reconnaît. Etablir la norme matérielle du magnétisme animal et la vulgariser, telle est la tâche que se sont imposée MM. Binet et Féré, en se bornant à décrire ce qu'ils ont vu sans prétendre à la généralisation. Après un court historique parlant de Mesmer, de l'Académie des sciences en 1784, de Puységur, et passant par l'Académie de médecine en 1825 et 1837, le baron du Potet (miroir magique), l'Inquisition (1856), le cumberlandisme (suggestion mentale), pour aboutir au braidisme les auteurs arrivent à la période moderne de l'*hypnotisme*. « Bref, disent-ils, la méthode qui a renouvelé l'hypnotisme se résume avec ces mots : production de symptômes matériels donnant en quelque sorte une démonstration anatomique de la réalité d'un état particulier du système nerveux. Un siècle de diva-

gations insensées et de discussions stériles s'est passé avant qu'on en vint là... Quelles que soient les objections qu'on ait pu faire et la description qu'il a donnée des différents états connus sous le nom d'hypnotisme, il est certain qu'en appliquant la méthode nosographique à cette étude, M. Charcot a permis de faire entrer dans le domaine des sciences d'observation des phénomènes regardés comme à peu près inaccessibles. M. Charcot a donc réhabilité l'hypnotisme et lui a fait faire une rentrée triomphale à l'Académie des sciences (1882). »

De cette citation, l'esprit du livre qui nous occupe ressort en pleine lumière. Il faut lire l'exposé de la technique et la description de ce qui est acquis, perceptible à tous et partant accessible à la reproduction expérimentale au diagnostic analytique des premiers venus. Le merveilleux s'évanouit. Ce n'est pas tout. Les expérimentateurs du présent et de l'avenir devront s'appliquer s'ils veulent trouver et asseoir leurs découvertes sur un terrain stable qui défie le temps : 1° à préciser toutes les conditions dans lesquelles ils se mettent vis-à-vis des sujets en expérience, dans lesquelles ces derniers se trouvent ou sont placés ; 2° à dégager les signes physiques des manifestations les moins matérielles en apparence. Les pages comprises dans les ch. IV-XIV constituent pour tout le monde un catéchisme spécial précieux. On y rencontre en effet décrits : les procédés de l'hypnotisation, — les symptômes de l'hypnose, — les périodes hypnotiques, — l'hypnose fruste, — la théorie de la suggestion, — les hallucinations hypnotiques, — les mouvements et actes suggérés, — les paralysies par suggestion, de la sensibilité et de la mobilité, — les applications thérapeutiques et pédagogiques de l'hypnotisme — l'hypnotisme dans ses rapports avec la responsabilité.

En un mot, le magnétisme animal de Binet et Féré, écrit dans l'atmosphère de la Salpêtrière, est le compendium du curieux dans le sens élevé de ce mot, en même temps que par ses linéaments généraux, il devient le vade-mecum du chercheur, soucieux d'éviter un domaine mouvant, nébuleux, et des régions que nous n'atteindrons qu'en procédant par étapes, sagement échelonnées, en procédant du simple au composé, en nous gardant surtout de mélanger les faits, les observations les plus disparates.

P. Kéraval.

XIX. *La moelle épinière des aliénés;* par le Dr R.-S. Steward. Th. de doct., Glasgow, 1886, Macdongall, éditeur.

Les lésions de la moelle épinière chez les aliénés sont encore peu connues. Il y a donc là un vaste terrain à explorer. Le mémoire du Dr Steward repose sur vingt observations et autopsies

d'aliénés comprenant cinq cas de paralysie générale, six de démence, quatre de mélancolie, quatre d'idiotie avec épilepsie et un d'idiotie simple.

L'auteur a trouvé des lésions sur toutes les moelles qu'il a examinées. A l'examen microscopique il a noté la vascularisation très grande des membranes et de la substance grise, des points de sclérose dans les cordons de substance blanche et des variations de la composition du liquide céphalo-rachidien. Dans un cas, la dure-mère présentait une légère congestion, et de l'épaississement dans un autre cas, mais ordinairement elle était peu altérée. Les autres membranes étaient très congestionnées dans douze cas, surtout au niveau du renflement lombaire, et plutôt en arrière qu'en avant, comme c'est la règle. Dans un cas on trouva de l'anémie de ces membranes, dans deux de la méningite suppurée, enfin dans un dernier cas des plaques ostéoïdes. Le liquide céphalo-rachidien, quatorze fois était en excès; deux fois, il contenait des cristaux de cholestérine; une fois il était sanguinolent.

L'*examen microscopique* a révélé des lésions symétriques des cordons latéraux dans quatre cas de paralysie générale. Dans aucun cas les cordons antérieurs n'étaient altérés: une seule fois les zones radiculaires externes des cordons postérieurs étaient affectés et du reste on avait observé des symptômes d'ataxie pendant la vie. Dans quatre cas, les cordons de Goll étaient plus ou moins lésés. On a constaté une fois l'atrophie portant sur presque toute la moelle, comme le faisait supposer son poids; enfin, une autre fois, outre les autres lésions la moelle présentait de la sclérose généralisée.

L'auteur s'attache à montrer que dans tous les cas qu'il a examinés, dans toutes les formes d'aliénation mentale que nous avons énumérées, il a toujours trouvé quelque lésion de la moelle. Ces lésions sont caractérisées par la congestion de la substance médullaire et surtout par l'atrophie des cellules de la substance grise. Cette atrophie cellulaire s'accompagne en outre de pigmentation. C'est l'atrophie pigmentaire qu'a décrite M. Charcot avec dégénérescence granulo-graisseuse. La paralysie générale s'accompagne de lésions constantes de la substance blanche, et les mêmes phénomènes se présentent dans les autres formes d'aliénation mentale. Cette monographie intéressante est accompagnée d'une quinzaine de figures représentant des coupes de moelle. A. Raoult.

XX. *Traitement de l'hydrocéphalie chronique par les injections de liquide de Morton.*

Le Dr Robert T. Morris rapporte un cas d'hydrocéphalie, qui a bénéficié d'un traitement, consistant en des aspirations

répétées et des injections iodées. L'affection datait de quatre mois chez une petite fille de dix mois, lorsqu'il retira deux onces et demie de liquide au niveau du côté gauche de la fontanelle antérieure. Il répéta l'opération deux fois, à une semaine d'intervalle, et injecta alors un demi-drachme de liquide de Morton. Le traitement fut continué, avec quelques changements, pendant sept semaines. L'amélioration était manifeste se caractérisant par l'aspect de l'enfant et l'arrêt de l'hydropisie. Mais à vingt-deux mois, l'enfant mourut subitement, avec des convulsions survenues brusquement. (*Medical Record*, New-York, janvier, 1, 1887, p. 22.)

A. R.

XXI. *Goitres et médication Iodée interstitielle;* par le Dr Duguet. Paris, 1886, Steinheil, éditeur.

Ce mémoire repose sur l'étude de trente-quatre observations de goitre, dont vingt-neuf chez des femmes, et cinq chez des hommes. Ces observations comprennent des *goitres charnus* et des *goitres kystiques*. Ces derniers ne sont mentionnés que chez des femmes, et encore sont-ils rares (six sur vingt-neuf). Parmi tous ces goitres, les cas récents, charnus ou kystiques ont été radicalement guéris par le procédé employé par M. Duguet, et cela après sept injections et demie en moyenne pour les premiers, et une et demie pour les seconds. Les cas de goitre anciens sont au nombre de quinze; deux ont été complètement guéris, sept améliorés, arrêtés dans leur développement, et six sont restés avec un résultat incertain ou n'ont pas été suivis. L'âge des femmes guéries est en moyenne de vingt-quatre ans pour celles ayant des goitres charnus et de trente ans et demi pour celles atteintes de goitres kystiques.

M. Duguet fait remarquer l'extrême fréquence du goitre chez la femme, son accroissement concordant avec les troubles du côté de l'utérus. Il a noté l'hérédité et la présence de goitres chez deux jeunes garçons israélites. De même que M. Luton, l'auteur emploie la teinture d'iode du codex agissant, dit-il, par l'action irritante de l'alcool, et l'action spécifique de l'iode. Il se sert pour les injections de seringues de Pravaz en métal, ayant soin de bien nettoyer seringue et aiguille après chaque injection et de les conserver sans cesse dans de l'huile phéniquée. L'injection est pratiquée de préférence au centre de la tumeur, en évitant les vaisseaux; on commence par enfoncer l'aiguille seule, lentement, dans le goitre maintenu immobilisé avec la main gauche. S'il s'écoule du sang pur, signe de l'introduction de l'instrument dans un vaisseau, on le retire, et on l'enfonce en un autre point. Ou bien il s'écoule de la sérosité claire, ou un liquide brun, que l'on aspire avec une seringue de Pravaz vide. Ces précautions prises,

on pratique l'injection de teinture d'iode qui remplit la seringue. en pompant doucement, M. Duguet n'introduit [illegible] que les trois quarts de la seringue. Après l'injection se manifeste le plus souvent une *réaction locale* : tension, [illegible] du goître, avec irradiation dans la mâchoire, [illegible] la gorge, l'épaule. La tumeur devient chaude, et [illegible] des phénomènes généraux : fièvre, courbature, etc. Mais ces symptômes durent peu, et le goître au bout de quelques jours a diminué de volume. Les injections ne doivent pas être [illegible] entre elles de moins d'une semaine ; [illegible] la durée des phénomènes inflammatoires.

Comment agit la teinture d'iode sur le goître ? [illegible] une grande part à l'absorption de l'iode ; [illegible] pratique plus les injections dans la tumeur même, [illegible] sinage, sous la peau. Cette absorption est [illegible] M. Duguet a vu des goîtres dans [illegible] tait le liquide, se résoudre aussi vite [illegible] donc pas purement locale. Toutefois, [illegible] injections dans les tissus mêmes de la tumeur, [illegible] inflammation non suppurative due à la teinture d'iode, [illegible] produit la transformation fibreuse, [illegible] accolement des parois, la cavité des goîtres kystiques. La teinture d'iode, dit l'auteur, ne supprime pas [illegible] comme le ferait l'exérèse totale. Elle ne produit [illegible] crétinoïde, le myxœdème, comme à la suite de [illegible] opération. La preuve qu'il reste des portions [illegible] truites, c'est que la tumeur peut [illegible] rissent habituellement à la suite de [illegible] M. Duguet signale un cas de récidive avec [illegible] l'intérieur des tissus de la tumeur.

Les accidents locaux possibles des injections [illegible] sont : l'*inflammation* que nous avons [illegible] *et l'injection dans les vaisseaux sanguins* [illegible] à constater. Les accidents généraux [illegible] *maigrissement* très rare, [illegible]

M. Duguet termine son travail par [illegible] « quelque soient les résultats obtenus [illegible] méthode demeure inoffensive et [illegible] quand elle est appliquée de [illegible] prudence ». R.

XXII. *Contribution à l'étude clinique* [illegible] *à forme de delirium tremens* ; par A. [illegible] 1887.

L'auteur montre que quelques [illegible]

tuberculeuse débute par des troubles psychiques qui sont on peut dire idendiques à ceux du delirium tremens, et qui ne se distinguent que par leur coïncidence avec les symptômes ordinaires de la méningite. Les observations rapportées sont pour la plupart muettes au point de vue des antécédents ; dans deux cas pourtant il s'agit de buveurs avérés. On peut se demander si ces accidents rappelant le delirium tremens, ne constituent pas un véritable delirium tremens, éveillé par la méningite chez des buveurs habituels. CH. F.

XXIII. *De l'anesthésie et de l'atrophie testiculaires dans l'ataxie locomotrice progressive;* par RIVIÈRE. Thèse de Bordeaux, 1886.

Ces symptômes avaient déjà été signalés par M. Pitres, dont les observations constituent d'ailleurs le fond de ce travail. Mais M. Rivière a eu le mérite de faire un exposé méthodique et clair de la question. La perte de la sensibilité spéciale du testicule est fréquente dans l'ataxie ; elle existait à un certain degré chez seize malades sur vingt. L'atrophie du testicule, déjà observée par M. Fournier, coïncide quelquefois avec l'anesthésie. L'atrophie et l'anesthésie du testicule ne sont pas en rapport constant avec les troubles sensitifs ou trophiques de la peau, des bourses et du pénis, ni avec l'abolition ou la diminution du réflexe testiculaire. Elles paraissent plus intimement liées à l'impuissance. Leurs causes sont encore incomplètement connues, cependant, elles semblent d'origine névritique, tout comme les autres troubles trophiques ce l'ataxie. CH. F.

XXIV. *Contribution à l'étude des eschares chez les aliénés;* par FOISSACL. Thèse de Paris, 1887.

Ce travail n'est qu'une étude critique sur les eschares envisagées principalement chez les paralytiques généraux, et chez les déments. On y trouve (p. 19) un fait qui eût été intéressant s'il avait été relaté avec quelques détails : Il s'agit d'un vieillard de quatre-vingts ans, chez lequel, six heures après un traumatisme du cerveau, on vit apparaître sur le dos de la main droite des bulles, qui, le lendemain, formèrent, une ulcération du diamètre d'une pièce de cinq francs. CH. F.

VARIA

Une fête a l'asile de Villejuif.

L'usage de donner des fêtes dans les quartiers d'hospices réservés aux aliénés, dans les asiles d'aliénés proprement dits se répand de plus en plus et c'est, croyons-nous, une sage coutume.

Dernièrement, c'était à l'asile de Villejuif que parents et amis des malades étaient conviés. L'assistance était des plus nombreuses et des plus choisies: citons parmi les assistants : M. Bourgeois, directeur des affaires départementales au ministre de l'intérieur; M. Potier, vice-président de la commission de surveillance représentée également par MM. Bourneville et Davoust, membres de la commission de surveillance; M. Germain-Casse, député, M. Rousselle, président de la troisième commission et plusieurs membres du conseil général. L'administration était représentée par M. Roux, directeur des affaires départementales; M. Babut, chef de division et M. Leclère, chef de bureau.

Après le dîner, malades, fonctionnaires et invités se réunissaient dans un vaste parloir transformé pour la circonstance en une salle de spectacle où chacun put applaudir « *Embrassons-nous, Folleville* », une des meilleures comédies de Labiche, interprétée par les *malades* seules de la division des femmes. Les succès a été complet.

Après la comédie la danse : un orchestre de vingt musiciens, sous la direction du mari d'une des pensionnaires, s'est ensuite transporté sur la scène, et les danses ont commencé. Le coup d'œil était charmant; les toilettes de bal, dont plusieurs du meilleur goût, étaient très réussies et nous savons plus d'une de nos élégantes mondaines qui n'eussent point dédaigné de se produire avec quelques-unes d'entre elles.

Les fêtes organisées exclusivement avec des malades offrent plusieurs avantages; les préparatifs qu'elles entraînent sont pour celles-ci un grand élément de distraction; la permission d'y assister, qu'il faut avoir gagnée par le travail, ce grand agent thérapeutique, est un puissant adjuvant du traitement; la confection des toilettes de bal, des costumes, l'étude des rôles occupent les malades continuellement, car la fête terminée, elles songent à en préparer une autre; enfin elles prouvent surabondamment au public que les asiles d'aliénés ne sont pas des prisons et que, grâce à la sollicitude éclairée du conseil général de la Seine et de

l'administration rien n'est épargné pour favoriser la guérison et améliorer la situation des malades.

La lumière électrique dans les asiles.

Il semble que l'électricité doive remplacer le gaz pour l'éclairage des hôpitaux d'aliénés. L'expérience faite dans ce but au nouvel asile de l'Etat de Michigan-Nord à Traverse-City est intéressante et instructive. On s'est servi du matériel de l'Edison Incandescent Light Company; il consiste dans l'emploi de deux dynamos de 250 lampes et d'un de 100 lumières; de deux machines Armington et Sims de 42 chevaux, d'une machine Armington et Sims de 32 chevaux, de 629 supports à clef pour lampes, et de 660 lampes de 16 bougies chacune. Le plan se divise en 3 sections; deux d'entre elles sont desservies par les grosses machines, la troisième par la plus petite. Cette installation est faite en prévision de la possibilité d'un accident ou d'un arrêt d'un dynamo ou d'une machine, l'hôpital ne pouvant être ainsi complètement privé de lumière. La compagnie garantit pour les lampes une durée moyenne de combustion de six cents heures au moins; mais l'expérience a demontré une durée bien plus grande.

La dépense totale de l'établissement : bâtiment, dépendances, et avenue, en comprenant les salaires de l'ingénieur et des chauffeurs, les dépenses de réparation, d'huile, etc., a été de 1,276 livres 50. L'asile contient 500 malades. Le coût de la lumière électrique dans ce cas est estimé à 75 cent. par mille pieds carrés. Mais 59 lampes ont été remplacées; quelques-unes d'entre elles ont été cassées accidentellement et il faut remarquer que, malgré l'absence de protection des lampes, aucune n'a été brisée par les malades.

L'expérience a montré le grand avantage de la lumière électrique sur le gaz. Les salles et les chambres sont bien éclairées, il n'y a ni odeur, ni fuite de gaz, ni crainte d'explosion ou d'asphyxie, ni chaleur, ni besoin d'allumettes ou de lampes, et par conséquent, aucun danger d'incendie. Les murs ne sont pas noircis par la suie, enfin la lumière est bien moins dispendieuse. Il est bon de noter, en outre, que son usage ne fatigue pas les yeux des malades.

A l'Eastern Lunatic Asylum, à Williamsburg, Va., la Consolidated Electric Light Company de New-York a fait une installation, qui donne entière satisfaction après un essai de deux ans. Le Dr Moncure trouve la lumière agréable; il prévient les autorités de l'asile de veiller à ce que l'eau ne touche pas les fils; dans ce cas, l'installation d'un circuit peu étendu peut devenir dangereuse. A cet asile, les fils sont entourés de plomb, et au niveau

de chaque bâtiment, ils montent intérieurement dès l'entrée, et le contact de l'eau de pluie est ainsi évité. Pour le Dr Moncure l'eau produit une action électrique, et agit comme un métal conducteur, d'un fil à un autre, établissant ainsi une communication, qui, dans certaines circonstances, peut être cause d'un incendie, comme cela est arrivé à Williamsburg il y a deux ans.

Au North Darota Hospital pour les aliénés, le système Edison est en usage, à titre d'essai, pour plusieurs mois. Les résultats ont été si satisfaisants, que le Dr Archibald demande instamment l'achat de l'installation par les Etats. Certainement l'institution ne voudra pas reprendre la lampe primitive... et exposer la vie de près de 200 personnes à un danger constant.— Les administrateurs de l'asile d'Utica (N. Y.) ont demandé à l'Etat l'établissement de la lumière électrique. (*American Journal of insamty.* Utica, — N. York, janvier 87, p. 392). — La question de l'éclairage électrique des asiles de la Seine a été soulevée à la commission de surveillance, qui a invité l'administration à lui présenter un avant-projet. Espérons que l'attente ne sera pas trop longue. R.

Le nouvel asile de l'État nord de New-York.

Les membres de la commission se sont accordés dans leur rapport de décembre dernier à désigner Plattsburg dans le Clinton County comme la situation la meilleure pour élever le nouvel asile destiné aux comtés du nord-est de l'Etat. Deux membres de la commission le Dr Wise et M. Letchwortth, ont proposé un emplacement à l'est de la ville d'Ogdensburg, sur la rivière du Saint-Laurent.

Ce rapport de la minorité est-il dû à une réflexion tardive? tous les membres de la commission ayant signé le premier rapport. La question a été mûrement étudiée, avant d'en arriver à la conclusion précitée. Le jugement du surintendant de l'Hudson River hospital à Ponghkecpsie en faveur de l'emplacement de Plattsburg a pesé sur la décision. S'il est possible de diviser l'Etat par régions, eu égard à l'accroissement de la population dans toute son étendue, on se rend compte par un coup d'œil que Plattsburg est mieux situé. Il est deux fois moins loin du nord d'Albany, que Ponghkcepsie du sud de cette ville. Il est en outre assez distant des autres asiles, ce qui ne serait pas le cas pour Ogdensburg. Ce dernier n'est pas en rapport avec l'est du comté de Jefferson mais se rapproche de ceux de Lewis et d'Oswego, dont dépend naturellement l'asile d'Utica. Dans cet asile il y a cinquante malades de ces trois comtés et leur nombre a été plus élevé l'an dernier. Ils sont tous à une distance de cinq ou six heures de leur domicile, et Ogdensburg en est distant d'une

demi-journée. Ces contrées ne seraient pas plus favorisés, tandis que les malades de la partie est de l'Etat seraient obligés de faire un voyage presque aussi pénible que dans l'état actuel. (*American journ. of insanity*, janvier 1887, p. 393.) — On voit que les membres de la commission se préoccupent très vivement d'installer l'asile au centre des localités dont il doit recevoir les malades, c'est-à-dire de les assister le plus près possible de leur domicile. A. R.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — *Nominations.* — M. le Dr Boiteux, interne à l'asile public de Maréville, est nommé adjoint à l'asile public de Clermont (Oise) (arrêté du 25 mars 1887). — M. le Dr Gallopain, directeur-médecin de l'asile public de la Charité (Nièvre), est nommé aux mêmes fonctions à l'asile public de Pierrefeu (Var) (arrêté du 26 mars). — M. le Dr Meilhan, ancien interne à Braqueville (Haute-Garonne) et à Saint-Luc (Hautes-Pyrénées), est nommé médecin adjoint à Aix (2e classe) (arrêté du 26 mars). — M. le Dr Garnier, médecin adjoint à Bailleul, est nommé directeur-médecin à l'asile public de la Charité (Nièvre) (arrêté du 13 avril).

Société française de Tempérance. — Son bureau est composé comme il suit pour l'année 1887 : président : M. le Dr Dujardin-Beaumetz, de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux : vice-présidents : MM. Claude (des Vosges), Levasseur et Walther ; sécrétaire général : Dr A. Motet ; secrétaires généraux adjoints : MM. les Drs Decaisne et Bouchereau ; secrétaires des séances : MM. les Drs Charpentier et Audigé ; bibliothécaire-archiviste : Dr Philbert ; trésorier : Jules Robyns.

Concours pour une place de médecin aliéniste des hôpitaux. — L'épreuve écrite a eu lieu lundi dernier. Les candidats ont eu à traiter la question écrite suivante : *lobe frontal*, anatomie et physiologie. — Les deux autres questions restées dans l'urne étaient : pie-mère cérébrale, circulation cérébrale ; — quatrième ventricule, anatomie et physiologie. Aux précédents concours les questions traitées ont été : Circonvolutions cérébrales (1879) ; — Corps strié (1880) ; — Pneumo-gastrique (1884) ; — Substance grise de la moelle épinière (1886).

Assistance des aliénés. — Un triste drame s'est passé vendredi à Colombier-le-Vieux (Ardèche). Un nommé Vercasson, dont les facultés mentales étaient dérangées depuis deux ans, a tué d'un coup de pistolet sa propre fille. Celle-ci était très estimée dans la localité, où ce triste événement a causé une vive émotion. (*Le Temps*, 28 mars 1887.)

Brain. — Le *Brain*, journal de neurologie, vient d'être chargé de la publication des travaux de la *Neurological Society of London*. La rédaction en chef est confiée à notre ami le Dr A. de Watteville.

Monobromure de camphre. — D'après *The Journal of insanity* de janvier 1887, le Dr H. M. Hurd, médecin en chef de l'asile de l'état de Michigan à Pontiac, recommande le monobromure de camphre comme un bon remède dans les cas de moyenne excitation produite par des perversions de l'instinct sexuel, ou prolongée par des habitudes vicieuses. — Nous rappellerons à ce propos qu'il est bon de commencer par une petite dose, par exemple une capsule de 0 gr. 20, matin et soir; d'augmenter d'une capsule tous les cinq jours, par exemple, et d'aller jusqu'à cinq capsules matin et soir; suspendre durant plusieurs jours, recommencer et porter, s'il y a lieu, la dose à 12 capsules, etc. Il va de soi que chez les enfants on doit employer des doses plus faibles, répéter davantage les suspensions et toujours surveiller très exactement les effets.

Asile de Flatbush (Etats-Unis). — Le Dr John A. Arnold (de Brooklyn) vient d'être nommé superintendant médical de l'asile d'aliénés de Flatbush.

L'uniforme des infirmières. — Les infirmières de l'asile d'aliénés de Buffalo viennent de recevoir un uniforme; il se compose d'une robe bleue ornée de blanc, boutonnée de la ceinture jusqu'au cou, avec un col montant. Elles portent un long tablier blanc, et un carré de mousseline bordé de dentelle formant bonnet. Les hommes ont un vêtement de flanelle bleue, avec boutons dorés aux armes du comté. Le Dr Macdonald, a donné aussi un uniforme à ses infirmières et en projette un pour les hommes. Les infirmiers de Ward's Island ont un uniforme. Actuellement ce mouvement semble s'étendre de plus en plus aux Etats-Unis. (*American Journ. of Insanity*, janvier 1887.) A. R.

Asiles d'aliénés en Hollande. — Amsterdam (maison particulière pour les aliénés israélites), 200 malades. — Blolmendaal (asile de la province de Haarlem), 1,200 malades. — Bœkel (maison Gadna pour catholiques, hommes), 150 malades. — Delft (hôpital Saint-Jorris), 300 malades. — Deventer, 300 malades. — Dordrecht, 300 malades. — Franeker, 230 malades. — Ermelo (Hed-

wyk), 40 malades. — Hohleindain, 250 malades. — Maestricht (hôpital Calvarienberg), 80 malades. — Medemblick (établissement de l'Etat), 500 malades. — Rosmalen (Condewaler), 500 malades. — S'Granenhage (La Haye), 150 malades; — même ville, asile pour les idiots mineurs, 70 malades. — S'Mertogenbasch (Bois-le-Duc), 650 malades. — Utrecht, 325 malades. — Zutphen (province de Gueldre), 450 malades. — Enfin il y a un asile à Vucht (Voorburg), dont nous ne connaissons pas la population.

Berbez (P.). — *Hystérie et traumatisme. (Paralysies, contractures, arthralgies hystéro-traumatiques.)* Volume in-8° de 127 pages. — Prix, 3 fr. 50; pour nos abonnés : 2 fr. 50. — Bureaux du *Progrès Médical*, 14, rue des Carmes.

Edinger (L.). — Aufsätze. — *Vergleichend-intwicklungs geschrichtliche Studien im Bereich der Gehirn-Anatomie. — Uber die Verbindung der sensibeln Nerven mit dem Zwischenhirn.* Brochure in-8° de 9 pages et 5 figures. — lena, 1887. — Nerlag G. Fischer.

Féré (Ch.). — *Sensation et mouvement. (Etudes expérimentales de psycho-mécanique.)* Volume in-12 de 164 pages. Prix, 2 fr. 50. — Paris, 1887. — Librairie F. Alcan.

Homen. — *Contribution expérimentale à la pathologie et à l'anatomie pathologique de la moelle épinière.* — Thelung fest. 1885.

Jennings (O.). — *Sur un nouveau mode de traitement de la morphinomanie.* Brochure in-8°, de 30 pages avec 17 tracés. — Prix, 1 fr. 50. — Paris, 1887. — Librairie J. B. Baillière.

Senna (M. de). — *Relatorio de serviço medico e administrativo do hospital do Conde de Ferreira, relativo ao primeiro biennio* (1883-1885). Volume in-8° de 265 pages avec planches hors texte. — Porto, 1887. — — Tipographia occidental.

Avis a nos lecteurs. — *Nous appelons vivement l'attention de nos lecteurs sur la* discussion, au Sénat, de la nouvelle loi sur les aliénés. *En reproduisant ces débats, nous croyons être agréable à tous les médecins des asiles d'aliénés, de quelque nationalité qu'ils soient. De plus, nous insérerons dans la mesure du possible, les lettres commentant ou critiquant cette discussion qu'ils voudraient bien nous adresser. — Enfin, nous prions ceux d'entre eux dont l'abonnement vient d'expirer* avec ce numéro, *de bien vouloir nous adresser le montant de leur réabonnement.*

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE

DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

EXPLICATION DE LA PLANCHE

PLANCHE I

VÉRITABLE PORTRAIT DE APOLLONIE SCHREIER

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 387.


VERA EFFIGIES
APOLONIÆ SCHREYERÆ.

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

J.-M. CHARCOT

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. ARNAUD, BABINSKI, BALLET, BERNARD, BITOT (P.-A.), BLANCHARD, BLOCQ, BONNAIRE (E.), BONNET (H.), BOUCHEREAU, BRIAND (M.), BRICON (P.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CHARPENTIER, CHRISTIAN (J.), COTARD, CULLERRE, DEBOVE (M.) DELASIAUVE, DENY, DUVAL (MATHIAS), FERRIER, GILLES DE LA TOURETTE, GOMBAULT, GRASSET, HUCHARD, JOFFROY (A.), KÉRAVAL (P.), KOJEWNIKOF, LANDOUZY, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, MABILLE, MAGNAN, MAIRET, MARANDON DE MONTYEL, MARIE, MENDELSSOHN, MIERZEJEWSKY, MULLER-LYER, MUSGRAVE-CLAY, NEUMANN, PARINAUD, PARIS, PIERRET, PITRES, POPOFF, RAOULT, RAYMOND, REGNARD (P.), REGNARD (A.), RENDU (H.), RICHER (P.), ROUBINOWISCH, ROUSSELET (A.), SÉGLAS, SEGUIN (E.-C.), SIKORSKY, SOLLIER, SOREL, SOUZA, LEITE, TALAMON, TARNOWSKY, TRINTURIER (E.), THULIÉ (H.), TROISIER (E.), VIGOUROUX (R.), VOISIN (J.).

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaire de la rédaction : **CH. FÉRÉ**

Dessinateur : **LEUBA.**

Tome XIV. — 1887.

Avec 4 planches et 17 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1887

Vol. XIV. Juillet 1887. N° 40

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE

DU ROLE DE LA PRÉDISPOSITION NERVEUSE DANS L'ÉTIOLOGIE DE LA PARALYSIE FACIALE DITE *a frigore*;

Par le Dr E. NEUMANN.

Lorsque chez un individu atteint d'une paralysie faciale périphérique, l'hémiplégie ne peut être imputée ni à la syphilis, ni à un traumatisme, ni à une carie du rocher, ni à une otite, ni à une compression exercée par quelque tumeur, on s'empresse d'incriminer le froid, de rattacher la maladie à un refroidissement. Il est d'ailleurs incontestable que, dans un certain nombre de paralysies faciales, dites *a frigore* ou appelées encore rhumatismales, le froid est intervenu réellement et semble avoir joué un rôle effectif dans la genèse de l'affection. Un courant d'air, une croisée ouverte en voiture ou en wagon, une pluie froide, le séjour dans un lieu humide, etc., telles sont les causes habituellement invoquées par les malades pour expliquer l'origine de la paralysie. Bérard a pensé que dans ces cas il se produisait, sous l'influence du froid, un gonflement inflammatoire du nerf. Depuis lors, ce fait

a été accepté par tout le monde, quoiqu'il ne repose sur aucune espèce de preuve. Erb se range à cet avis, et va même plus loin : il suppose que la lésion siège dans des points différents, suivant le plus ou moins de gravité de la paralysie. Ainsi, dans les cas légers, la lésion serait hors du canal de Fallope; d'où une compression légère. Dans les cas graves, la lésion siégerait dans le canal de Fallope; d'où une forte compression entraînant la dégénération du nerf et l'interruption complète de la conductibilité. En réalité, tout en admettant l'intervention du froid, il faut bien reconnaître que son mode d'action nous échappe et la démonstration anatomique du gonflement du nerf et de sa compression reste encore à faire.

Si chez certains malades l'action du froid est indéniable, elle ne saurait être admise chez beaucoup d'autres; il en est ainsi dans les hémiplégies faciales qui surviennent à la suite d'un choc nerveux, d'une émotion, d'une impression morale vive et subite, tels que le chagrin, la colère, la frayeur, etc.; Bellingeri cite un cas dans lequel la maladie survint après une frayeur causée par la vue d'un homme épileptique. Trousseau, dans sa clinique, rapporte une observation de paralysie faciale produite instantanément chez un individu qui voyait tomber la foudre près de lui.

Dans d'autres observations, les données étiologiques font absolument défaut : on ne peut mettre en cause ni la secousse nerveuse, ni le froid; l'origine du mal reste inconnue et la paralysie faciale semble alors spontanée. Quoi qu'il en soit, que l'hémiplégie survienne sous l'influence du froid ou de toute autre cause apparente ou qu'elle semble se produire spontanément, il est,

suivant nous, une condition indispensable à sa production : c'est l'existence d'une tare nerveuse héréditaire chez l'individu frappé.

On sait aujourd'hui qu'une prédisposition nerveuse constitue la cause dominante dans la genèse de la plupart des affections du système nerveux.

Depuis longtemps déjà, dans ses leçons de la Salpêtrière, M. Charcot s'est attaché à faire ressortir et à mettre en évidence, le rôle prépondérant de l'hérédité. Cette doctrine a été exposée par M. Déjerine dans sa remarquable thèse d'agrégation et l'auteur l'a étayée sur de nombreux documents empruntés à la clinique. La paralysie faciale dite *a frigore* ne fait pas exception à cette loi de pathologie nerveuse; ni le refroidissement, ni l'ébranlement nerveux ne peuvent suffire à eux seuls pour déterminer chez le premier venu une hémiplégie de la face. Ce ne sont là que des causes accidentelles qui jouent le rôle d'agents provocateurs et dont l'efficacité serait nulle sans doute si elles ne trouvaient pas un terrain préparé d'avance.

L'individu atteint de paralysie faciale est un névropathe; il porte en lui depuis sa naissance cet état particulier qu'on appelle avec plus ou moins de raison diathèse nerveuse, nervosisme, neurasthénie, mais sur l'existence duquel tout le monde s'entend, c'est un état spécial de faiblesse du système nerveux, presque toujours héréditaire, et qui se manifeste soit par des névroses variées, soit par des maladies à lésions bien déterminées de l'axe cérébro-spinal. L'hémiplégie faciale, toujours en corrélation avec d'autres accidents nerveux existant soit chez le sujet lui-même, soit chez ses ascendants, doit être intimement rattachée, de par

l'étiologie au faisceau des maladies du système nerveux, à la grande famille névropathique, comme l'a appelée M. Ch. Féré.

Ces considérations sur l'étiologie de la paralysie faciale dite *a frigore* ne sont pas une simple vue de l'esprit : elles nous ont été suggérées par l'étude des faits cliniques. Nos observations sont au nombre de 17. Ce ne sont pas 17 cas que nous avons triés pour les besoins de notre cause parmi ceux qu'il nous a été donné d'observer ; c'est l'ensemble des paralysies faciales que nous avons eu à traiter depuis six ans.

Si nous avons cru devoir nous limiter aux faits que nous avons personnellement étudiés, ce n'est pas que les observations de paralysies faciales *a frigore* soient rares dans la littérature médicale, mais nous n'avons pu utiliser à notre point de vue spécial ces nombreux documents; les renseignements sur les antécédents personnels et héréditaires y font d'ordinaire complètement défaut; d'autres fois ils sont absolument insuffisants pour établir avec quelque certitude la part qui revient à l'hérédité.

Dans tous les faits rapportés dans ce travail il s'agit de paralysies faciales périphériques, *sine materia*, portant sur toutes les branches de la septième paire; faire pour chaque cas une description détaillée eût été fastidieux, nous nous sommes donc contenté de résumer nos observations au point de vue symptomatique, nous attachant surtout à mettre en relief les données relatives à l'étiologie qui seules nous intéressent.

Observation I. — M. H..., trente-cinq ans, caissier dans une maison de commerce. — *Antécédents de famille* : Père, soixante-cinq ans, bien portant ; mère morte, il y a quatre

ans, nous dit-il, d'une affection nerveuse après être restée paralysée des deux jambes pendant dix-huit mois ; un frère, aujourd'hui âgé de vingt-deux ans, a eu de la paralysie infantile à l'âge de cinq ans ; un autre frère a eu la crampe des écrivains. — *Antécédents personnels* : Quoique d'apparence délicate, M. H... nous dit que, jusqu'à l'âge de vingt ans, il a été bien portant ; depuis cette époque, il est devenu très nerveux et très irritable ; il souffre fréquemment de maux de tête. M. H... avoue avoir fait des excès alcooliques et vénériens ; pas de syphilis.

La paralysie faciale pour laquelle il vient nous consulter le 3 avril 1881 date de trois jours seulement ; elle est survenue, nous dit-il, le lendemain d'une promenade en voiture découverte par un temps assez froid. C'est le matin en prenant son déjeuner que le malade s'est aperçu qu'il était paralysé du côté gauche.

La bouche est déviée du côté droit, le malade ne peut ni siffler, ni souffler ; la joue gauche est soulevée passivement à chaque mouvement respiratoire. Les plis du front ont disparu à gauche. L'œil gauche ne se ferme pas ; épiphora. En un mot, paralysie complète du nerf facial gauche. Le malade se plaint aussi de douleurs au niveau de l'apophyse mastoïde du côté paralysé. A l'examen électrique aucune altération de la contractilité. Les réactions électriques restèrent normales pendant toute la durée de l'hémiplégie qui disparut complètement au bout de quatre semaines.

Observation II. — M. N..., trente-deux ans, négociant. — *Antécédents héréditaires* : Père arthritique, d'ailleurs bien portant ; mère névropathe ; un oncle maternel est mort dans une maison d'aliénés. — *Antécédents personnels* : M. N... a toujours été très nerveux ; comme maladies d'enfance, il a eu des convulsions et la coqueluche. Migraines périodiques. Caractère très irritable, impressionnabilité excessive.

M. N... a eu tout récemment de violents chagrins et de grands soucis d'affaires. C'est dans ces conditions qu'il a été pris, le 4 janvier 1882, d'une paralysie faciale du côté droit, sans qu'il puisse se rappeler avoir pris froid ou s'être exposé à un refroidissement pendant les quelques jours qui ont précédé. La paralysie faciale est totale et porte sur toutes les branches de la septième paire du côté droit de la figure ; douleurs assez

vives au niveau de l'apophyse mastoïde. Réactions électriques normales pendant tout le cours de la maladie ; guérison complète au bout d'un mois.

Observation III. — Mlle F..., dix-huit ans, vient nous consulter le 10 août 1882. — *Antécédents héréditaires* : Mère bien portante ; père très nerveux ; un oncle paternel est paralytique général ; une sœur a eu la chorée. — *Antécédents personnels* : Convulsions lors de la première dentition ; depuis ce moment jusqu'à la menstruation, aucune autre manifestation nerveuse. A partir de cette époque jusqu'à ce jour, Mlle F... a eu souvent des crises convulsives de nature hystérique.

La paralysie faciale qui occupe le côté gauche porte sur tous les muscles innervés par le nerf de la septième paire, elle est survenue brusquement sans cause apparente pour la malade et pour son entourage. Douleurs dans la région mastoïdienne gauche qui ont apparu la veille de la paralysie et ont persisté pendant quatre jours. Réactions électriques normales. — Guérison au bout de six semaines. Nous avons revu la malade il y a trois ans ; elle souffrait alors d'une sciatique du côté gauche: cette névralgie a persisté pendant deux mois environ.

Observation IV. — Mlle D..., seize ans, nous est adressée le 3 janvier 1883. — *Antécédents héréditaires* : Grand'mère paternelle hémiplégique ; père souffre fréquemment de névralgies faciales ; mère bien portante ; une sœur de la malade a été atteinte de mal de Pott.

Mlle D... a eu des convulsions dans sa première enfance. Elle jouit d'ailleurs d'une bonne santé, cependant elle est très nerveuse et très impressionnable. La paralysie faciale droite dont elle est atteinte est survenue brusquement il y a cinq jours ; les parents, pas plus que la malade, ne savent à quelle cause rapporter le mal ; la malade ne se souvient pas d'avoir eu froid ou de s'être exposée à un refroidissement. Tous les muscles du côté droit de la face sont paralysés. Intégrité parfaite des réactions électriques. Guérison en cinq semaines. Nous avons été appelé, il y a deux ans, à donner de nouveau nos soins à cette jeune fille, qui était atteinte à ce moment de crises convulsives hystériques avec hémianesthésie du côté gauche.

Observation V. — M. X..., trente-deux ans, homme de lettres, nous est adressé le 3 juin 1883. — *Antécédents de famille* :

Père mort paralytique général; mère névropathe. — *Antécédents personnels* : M. X... n'a eu dans son enfance d'autre maladie que la rougeole ; il nous dit qu'il est très nerveux, sujet aux migraines ; nous avons affaire à un névropathe et nous trouvons chez lui l'émotivité caractéristique de la neurasthénie — pas de syphilis ; — pas d'excès alcooliques.

La paralysie faciale qui date de cinq jours occupe le côté droit ; elle est complète, le malade ne se rappelle pas avoir été exposé au froid. Pendant les quinze jours qui ont précédé l'hémiplégie, il a eu un grand surcroît de travail et il y a eu chez lui un véritable surmenage intellectuel. Les réactions électriques sont normales; elles ne subissent aucune modification pendant toute la durée de la paralysie dont il ne reste plus de trace au bout de deux mois.

Observation VI. — Mlle M..., âgée de quinze ans, vient nous consulter le 9 juillet 1884. — *Antécédents de famille*: Père bien portant ; mère nerveuse, a souvent des crises convulsives s'accompagnant de perte de connaissance; frère a eu la chorée. — *Antécédents personnels*: Nervosisme très marqué. Convulsions dans l'enfance. Paralysie faciale du côté gauche datant d'il y a huit jours et survenue, d'après ce que nous dit la mère, à la suite d'un refroidissement; la jeune fille, après avoir eu chaud, est restée sur un balcon pendant une heure exposée à un courant d'air très vif. Le lendemain, douleurs lancinantes derrière l'apophyse mastoïde; le surlendemain se manifestent tous les signes de la paralysie faciale du côté gauche ; l'hémiplégie est totale. Réactions électriques normales. — Guérison complète au bout de cinq semaines.

Observation VII. — Mme F..., âgée de trente-six ans, nous est adressée le 22 mars 1885. — *Antécédents héréditaires* : Le père de la malade est mort aliéné ; un frère est épileptique ; la mère est bien portante et n'a jamais eu aucune manifestation nerveuse. — *Antécédents personnels*: Mme F... a eu dans son enfance des convulsions ; elle a eu également la coqueluche. Depuis l'époque de la menstruation, elle souffre fréquemment de névralgies faciales. La malade a deux enfants : l'un, âgé de douze ans, a toujours joui d'une parfaite santé ; l'autre, qui vient d'avoir neuf ans, a eu de la paralysie infantile à la suite de laquelle il lui est resté une légère claudication de la jambe droite.

La paralysie faciale pour laquelle Mme F... vient nous consulter date de six jours, elle est survenue sans cause déterminante appréciable ; l'hémiplégie qui occupe le côté droit porte sur tous les rameaux de la septième paire. L'examen électrique nous apprend que la contractilité farado-musculaire est notablement diminuée à droite, pas de modifications dans les réactions galvaniques. — Au bout de quatre mois la guérison était complète, mais la contractibilité farado-musculaire ne redevint normale qu'un mois après la guérison.

Observation VIII. — M. B..., trente-cinq ans, commerçant, nous est adressé le 18 février 1886.— *Antécédents de famille*: Père mort d'apoplexie ; mère aliénée, s'est suicidée; une sœur hystérique. — *Antécédents personnels* : Ordinairement bien portant sauf des névralgies du trijumeau tantôt à droite, tantôt à gauche, qui reviennent assez fréquemment et dont le malade souffre depuis l'âge de vingt-cinq ans; pas d'excès alcooliques, pas de syphilis. Il y a cinq jours, hémiplégie faciale droite. M. B... ne sait à quelle cause attribuer le mal, il ne se rappelle pas avoir eu froid les jours précédents. L'hémiplégie porte sur tous les muscles innervés par le nerf de la septième paire ; douleurs assez vives au niveau de l'apophyse mastoïde. Contractilité musculaire normale. Guérison complète en vingt jours.

Observation IX. — M. P..., employé de commerce, âgé de vingt-deux ans. — *Antécédents héréditaires* : Père atteint depuis quatre ans de paralysie agitante ; un oncle paternel a un tic convulsif de la face. Pas d'antécédents nerveux du côté de la mère. Une sœur du malade est hystérique. — *Antécédents personnels* : Convulsions à l'âge de deux ans, rougeole à huit ans. M. P... nous dit que, tout en étant très nerveux, il jouit néanmoins d'une bonne santé. Il y a huit jours (18 avril 1886) sans cause appréciable pour lui, il a été frappé d'une paralysie de la face du côté gauche, — paralysie périphérique portant sur toutes les branches du facial gauche. Diminution assez notable de la contractilité faradique, contractilité galvanique normale ; pas de réaction de dégénérescence. Le malade est guéri au bout de deux mois.

Au moment de terminer ce travail, nous avons eu la bonne fortune de recueillir à la Salpêtrière à la con-

sultation de M. le professeur Charcot (26 avril 1887), l'histoire bien curieuse de trois cas de paralysie faciale *a frigore* survenus chez des membres de la même famille (la sœur et les deux frères).

Voici d'abord les *antécédents héréditaires* des sujets qui font l'objet de cette triple observation : Grand' mère maternelle morte à la suite d'une affection mentale après avoir eu le délire de la persécution; père mort d'un congestion cérébrale à l'âge de cinquante-cinq ans, une tante du côté paternel morte à la suite d'une paraplégie. Mère rhumatisante, très nerveuse, sujette à des migraines périodiques.

OBSERVATION X. — Mathilde H..., vingt-huit ans. — *Antécédents personnels* : Rougeole à six ans; à douze ans, crises nerveuses s'accompagnant parfois de perte de connaissance; ces crises persistèrent pendant trois à quatre mois environ, puis elles disparurent. Mlle H... est très impressionnable, elle rit et pleure facilement; migraines habituelles. A diverses reprises, poussées d'eczéma de la face.

Le 28 janvier 1887, Mlle H... s'est trouvée exposée à un courant d'air dans un compartiment de chemin de fer; elle fut prise le soir même de douleurs ayant leur siège dans l'oreille et au niveau de l'apophyse mastoïde du côté gauche; le surlendemain, hémiplégie faciale gauche. La malade est en traitement depuis cette époque et elle se présente à nous aujourd'hui (26 avril, 1887), soit trois mois après le début de l'affection avec une paralysie faciale incomplètement guérie. La contractilité volontaire et la contractilité électrique sont normales dans les muscles innervés par le facial supérieur; cependant l'œil se ferme encore avec une certaine difficulté, il y a de plus de l'épiphora. Dans la région du facial inférieur, la guérison est moins avancée, à l'exception du releveur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure; l'excitabilité faradique est notablement diminuée dans tous les muscles, l'excitabilité galvanique n'est pas augmentée, mais il y a prédominance de la contraction à l'anode; en un mot, les muscles présentent les signes de la réaction de dégénérescence partielle.

OBSERVATION XI. — Albert H..., trente-trois ans, employé. — *Antécédents personnels* : Rougeole dans l'enfance. Migraines très violentes survenant au moins une fois par semaine. Albert H... a eu, il y a quatre ans, à la suite d'un refroidissement, une paralysie faciale du côté gauche ; la guérison n'a pas été complète ; l'œil gauche se ferme difficilement ; épiphora. La contractilité volontaire et la contractilité faradique sont perdues pour un certain nombre de muscles, et en particulier pour les zygomatiques.

OBSERVATION XII. — Charles H..., trente-sept ans, employé, a eu, à l'âge de treize ans à la suite d'un froid, une paralysie, faciale droite qui a duré environ cinq mois et s'est terminée par une guérison complète. Il y a un an, nouvelle hémiplégie faciale du même côté ; cette dernière paralysie de la septième paire a guéri au bout d'un mois sans laisser aucune trace. (Ces renseignements nous sont fournis par le frère de Charles H... que nous n'avons pu examiner directement, celui-ci n'habitant pas Paris.)

Ces trois observations sont particulièrement probantes au point de vue spécial qui nous occupe et pourraient suffire à elles seules pour établir le rôle prépondérant de la tare nerveuse héréditaire dans l'étiologie de la paralysie faciale *a frigore*. En présence de ces trois paralysies faciales survenues chez les membres de la même famille, de la récidive de la paralysie chez l'un des sujets (Obs. Charles H...), on ne peut guère admettre qu'il se soit agi d'une simple coïncidence, et il est difficile de ne pas reconnaître dans l'espèce l'influence de l'hérédité névropathique, sur l'existence de laquelle les renseignements relatifs aux antécédents de famille ne laissent d'ailleurs aucun doute.

Toutes les observations qui précèdent ont trait à des sujets issus de souche nerveuse ; la tare héréditaire est manifeste et indéniable ; il nous reste maintenant à

faire la relation de 5 autres cas d'hémiplégie faciale dans lesquels il nous a été impossible, faute de renseignements précis, d'être nettement fixé sur les antécédents de famille. Mais si, dans les cas suivants, la preuve absolue de la prédisposition héréditaire nous fait défaut, les antécédents personnels des malades, les manifestations nerveuses qui, chez la plupart, ont précédé ou suivi la paralysie faciale, la coexistence d'autres états morbides (arthritisme, diabète, obs. XIV), dont les connexions avec les affections du système nerveux sont aujourd'hui bien établies, nous permettent d'affirmer que dans cette deuxième catégorie d'observations, comme dans la première série de faits, nous sommes sur le terrain de la névropathie et que la paralysie faciale, loin de constituer chez nos malades une manifestation accidentelle, est au contraire liée à une susceptibilité particulière, à une vulnérabilité spéciale de leur système nerveux.

Observation XIII. — Mme A..., âgée de soixante ans, vient nous trouver le 21 octobre 1884. Pas de renseignements précis au point de vue des *antécédents héréditaires*. Mme A... est arthritique; elle a eu à diverses reprises de l'eczéma de la face. Il y a quatre ans, elle a été atteinte d'une sciatique (côté droit) qui a duré près de six mois. Le 14 octobre dernier, elle s'est aperçue, en voulant souffler une bougie, qu'elle était paralysée du côté gauche de la face; depuis la veille déjà, elle éprouvait des douleurs lancinantes derrière l'oreille gauche. La malade attribue son hémiplégie faciale à un refroidissement qu'elle aurait pris deux jours avant en stationnant devant un bureau d'omnibus. Tous les muscles innervés par le facial gauche sont paralysés; guérison complète au bout de quatre semaines.

Observation XIV. — Mme G..., soixante ans. Pas de renseignements précis quant aux *antécédents de famille*. Mme G... a toujours été très nerveuse; depuis quelques mois,

à la suite de chagrins profonds, son nervosisme s'est beaucoup accentué. La malade est diabétique depuis plusieurs années déjà. Il y a huit jours (12 mai 1885), paralysie faciale survenant brusquement ; la malade ne s'est pas exposée au froid et ne sait à quelle cause imputer l'hémiplégie. Il s'agit bien d'une paralysie périphérique complète portant sur tous les muscles placés sous la dépendance de la septième paire. L'examen électrique, pratiqué à diverses reprises, nous permet de constater qu'il y a une diminution sensible de la contractilité faradique des muscles de la face de côté droit; pas de modifications de la contractilité galvanique, pas de réaction de dégénérescence.

La guérison ne survint qu'au bout de huit mois, et encore est-elle incomplète; les muscles orbiculaires des paupières. frontal et releveur de la lèvre supérieure n'ayant recouvré qu'imparfaitement la contractilité volontaire.

Observation XV. — M. D... trente-sept ans, nous est adressé le 18 octobre 1885. Pas de renseignements au point de vue des *antécédents de famille*. M. D... est très nerveux; depuis un an il a eu des préoccupations morales, des chagrins qui, d'après lui, ont encore augmenté son nervosisme. C'est dans ces conditions, et sans s'être exposé au froid, qu'il a été pris, il y a cinq jours, d'une paralysie de la septième paire occupant le côté gauche de la face. M. D... nous apprend qu'il a déjà eu antérieurement deux hémiplégies faciales, l'une il y a trois ans (nerf facial gauche), l'autre il y a dix-huit mois environ (nerf facial droit); c'est donc pour la troisième fois que M. D... est atteint d'une paralysie de la septième paire. Tous les muscles innervés par le facial gauche sont paralysés, mais incomplètement seulement; l'examen électrique ne nous révèle d'ailleurs aucune modification dans les réactions faradique et galvanique et nous permet de porter un pronostic très favorable. Au bout de trois semaines, la paralysie avait totalement disparu.

Observation XVI. — M. M..., vingt-huit ans, négociant. — *Antécédents de famille* : Pas de renseignements positifs au point de vue de l'hérédité. *Antécédents personnels:* Convulsions dans la première enfance; à l'âge de dix ans, tic convulsif du membre supérieur droit, qui a persisté pendant plusieurs années; deux ans plus tard, bégaiement qui a duré assez longtemps et qui a à peu près disparu aujourd'hui.

Le 25 mars 1886, M. M... a été exposé à un violent courant d'air; le lendemain, douleurs vives au niveau de l'apophyse mastoïde ; le surlendemain, paralysie du nerf facial droit; la paralysie est complète. Abolition de la contractilité faradique, augmentation de la contractilité galvanique, réaction de dégénérescence.

Les signes de la réaction de dégénérescence ont disparu depuis le mois d'août ; la contractilité volontaire n'a pas tardé à revenir insensiblement au mois de décembre, soit neuf mois après le début de la paralysie ; les muscles se contractaient normalement sous l'influence de la volonté mais le retour de la contractilité faradique s'est fait attendre jusqu'à la fin du mois de février (1887).

Observation XVII. — M. F..., vingt-six ans, pianiste, nous est adressé le 29 juillet 1886. Pas de renseignements quant aux *antécédents de famille. Antécédents personnels :* Migraines périodiques depuis l'adolescence. Impressionnabilité excessive, tendance à l'hypochondrie; sommeil irrégulier avec cauchemars; dyspepsie, constipation habituelle. M. F... qui accuse, comme on voit, les symptômes caractéristiques de la névropathie, a été surmené et obligé depuis quelques années de se livrer à un travail excessif pour subvenir à ses besoins. C'est dans ces conditions essentiellement défectueuses au point de vue du système nerveux et sans autre cause apparente qu'est survenue la paralysie faciale. Elle date déjà de six semaines quand nous voyons le malade pour la première fois.

Paralysie complète de toutes les branches de la septième paire (côté gauche), diminution notable de l'excitabilité faradique des rameaux nerveux, tant pour le facial inférieur que pour le facial supérieur; pas d'accroissement de l'excitabilité galvanique, mais contraction plus forte à la fermeture avec l'anode qu'avec le cathode (réaction de dégénérescence partielle). Au bout de trois mois, amélioration notable; guérison dans le courant de février dernier, c'est-à-dire neuf mois après le début de la paralysie.

Les faits cliniques que nous venons de relater nous paraissent suffisamment démonstratifs pour mettre en lumière la part prépondérante qui doit revenir à la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de l'hémiplé-

gie faciale *a frigore* et pour faire ressortir les liens étroits qui unissent cette paralysie aux autres maladies du système nerveux et, en particulier aux névroses. Que le froid, les émotions morales vives puissent intervenir dans un grand nombre de cas à titre d'adjuvants, en tant qu'éléments étiologiques occasionnels, nous ne le contestons pas : de même que le traumatisme peut produire une contracture chez l'hystérique, un accès de goutte chez le goutteux, de même le froid peut provoquer une paralysie faciale chez le névropathe ; mais ce n'est là qu'une cause déterminante, accessoire et seuls les sujets prédisposés en subissent les effets; la cause vraie, la cause nécessaire de l'hémiplégie faciale *a frigore*, c'est la prédisposition nerveuse héréditaire. C'est elle qu'il faut incriminer et chaque fois qu'on se trouve en présence d'un sujet atteint de paralysie faciale, survenue en dehors de toute lésion organique, on doit l'examiner avec le plus grand soin au point de vue de ses antécédents personnels, au point de vue de ses antécédents de famille; et le plus souvent, toujours à notre conviction, une enquête minutieuse et bien conduite fera découvrir la tare nerveuse héréditaire sans laquelle toutes les causes occasionnelles (froid, etc.) eussent été absolument impuissantes pour provoquer une hémiplégie de la face.

Affection essentiellement nerveuse, la paralysie faciale rhumatismale doit donc être définitivement rayée du cadre, de plus en plus restreint d'ailleurs, des maladies *a frigore* pour prendre dans la grande famille neuropathologique la place qui lui appartient de par son origine.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ CHEZ LES ORIENTAUX. — LES AISSAOUA ;

Par le Dr Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Depuis quelques années, on a beaucoup étudié l'hystérie chez l'homme, et on l'a bien étudiée. Dans l'ardeur des nouvelles recherches, on a peut-être trop oublié d'anciennes et très intéressantes descriptions. Comme tous ceux qui ont eu l'honneur d'être élèves de Beau, je me suis toujours étonné qu'on ne se fut plus souvenu que le regretté maître protestait contre l'opinion qui voulait faire de l'hystérie une maladie propre à la femme. Il affirmait qu'elle existait chez l'homme; il la décrivait avec soin; il montrait les phénomènes communs à la femme et à l'homme, établissant l'identité des manifestations morbides. Non seulement il faisait tous les ans, sur ce sujet, des leçons que suivait un public nombreux, mais ces leçons ont été même publiées plus ou moins complètement dans divers recueils, et on en retrouve des indications dans son *Traité* (posthume) *de la dyspepsie*. Mais surtout ses élèves doivent avoir conservé la mémoire de son enseignement.

Les troubles de la sensibilité, l'analgésie hystérique attiraient tout particulièrement son attention. Il montrait comment on rencontrait l'analgésie chez l'homme comme chez la femme. Puis, avec l'esprit ingénieux qu'il apportait en toutes ses observations, il faisait

remarquer que l'insensibilité de certains individus avait dû être le point de départ de certains actes extraordinaires, où des individus avait follement bravé la douleur. Parmi les héros de l'histoire auxquels il attribuait rétrospectivement l'*analgésie hystérique*, il citait au premier rang Muscius Scévola. Il estimait, avec toute apparence de raison, que l'acte de l'homme qui fait lentement brûler sa main sans manifester de douleur ne s'explique que parce que l'individu est doué d'une insensibilité spéciale, quelque puisse du reste être sa bravoure.

J'ai toujours conservé dans la mémoire les enseignements de Beau et ce doit être la raison pour laquelle, à une époque où on oubliait, avec ce nom de Beau, ses études très complètes sur l'hystérie chez l'homme, j'observais avec intérêt tout ce qui touche à cette question. J'ai d'abord reconnu, comme le disait Beau, que l'hystérie chez l'homme n'est pas rare, avec cette réserve peut-être que les cas complets présentant toutes les grandes manifestations de l'hystérie sont moins communes chez l'homme que chez la femme. Toutefois, j'en ai observé longtemps deux cas, qui étaient si remarquables à certains égards que je ne puis résister au désir de les signaler rapidement, quoique ces observations assez anciennes (l'une remonte à 1872, l'autre à 1875) aient été prises fort incomplètement. Il n'y a eu aucune étude régulière de la sensibilité ; cependant, dans ces deux cas, je n'avais point trouvé d'analgésie, mais plutôt de l'hyperesthésie.

Observation I. — Le premier cas, que j'ai observé le moins longtemps, était celui d'un homme qui s'est présenté à mon observation en 1875. C'était un jeune homme d'une trentaine

d'années, qui avait un petit paquet d'hémorrhoïdes et qui au moment où je venais de l'examiner eut devant moi, dans mon cabinet, le plus bel accès d'hystérie que l'on puisse imaginer. La sensation de boule qui montait à la gorge et l'étranglait, était très bien décrit par lui. L'accès dura de vingt à vingt-cinq minutes, il eut des sanglots bien nets ; puis les accidents se dissipèrent, il se remit de son émotion en prenant un petit verre d'eau-de-vie auquel il paraissait accoutumé. Il avait de ces accidents plus ou moins fréquents depuis trois ans et les rapportait à un séjour qu'il avait fait sous l'équateur, mais il rapportait encore beaucoup de circonstances avec une imagination désordonnée. Je pris sur lui des renseignements et j'appris qu'il avait deux *sœurs* qui avaient des *attaques d'hystérie;* sa *mère* avait également des *attaques d'hystérie* et une grande bizarrerie de caractère. Le père était indemme de tout cas pathologique. Quant à lui, son nervosisme habituel était connu depuis l'enfance, de tous ses parents et amis. Personne ne put me renseigner exactement sur le début de ses accès. Lui me raconta qu'ils survenaient quelquefois sans causes connues, mais qu'ils étaient fréquents aussi sous l'influence d'une émotion vive, d'une grande fatigue ou d'une irritation douloureuse.

Observation II. — J'ai donné des soins en 1872 et années suivantes, à deux personnes, le frère et la sœur. La sœur avait tous les caractères des hystériques, accusait des troubles légers tels que boule hystérique, douleur fixe de la tête. Elle avait une douleur ovarienne, mais elle avait eu un phlegmon péri-utérin, ce qui empêchait de ce côté une observation nette. Elle disait n'avoir pas d'attaques de nerfs, mais des membres de la famille m'ont affirmé qu'elle en avait eu à plusieurs reprises.

Son *frère* avait le tempérament nerveux, développé d'une façon très remarquable. A la suite de quelques fatigues, modérées toutefois, il devint très dyspeptique, puis tout d'un coup éclatèrent des *accidents hystériques* très violents. Il vomissait régulièrement chaque matin et très souvent plusieurs fois dans la journée, à des intervalles variables et surtout quand il était en proie à une vive émotion, il était pris subitement d'accès de dyspnée des plus singuliers. Il accusait un état d'angoise extrême, il se sentait étrangler ; puis il avait des mouvements convulsifs qui prenaient de temps en temps un véritable caractère de violence. Il n'avait pas une perte de connaissance

complète. Cependant il conservait seulement un souvenir confus des circonstances de l'attaque. Après quelque temps les attaques revenaient presque chaque jour.

Des toniques, l'arsenic et surtout les douches froides administrées avec beaucoup de constance, ont amené la disparition des accidents. En plusieurs années ils n'ont été observés que très rarement et très atténués.

Bien que nous n'ayons jamais eu de renseignements très complets sur les parents, on croyait que la *mère* avait eu des *attaques de nerfs* dans sa jeunesse.

Cet individu était, même avant cette époque, d'une émotilité extrême. Il pleurait avec une grande facilité et il nous rapporta que même en état de santé parfaite, il vomissait sous l'influence de la moindre émotion, du dégoût le plus léger, et même à certaines époques sans cause excitante appréciable.

Après une période de bonne santé, ce jeune homme dont l'éducation était excellente et qui n'avait antérieurement aucune habitude alcoolique devint *dipsomane;* il arriva à un état de cachexie fort avancée puis il s'améliora sous l'influence de la suppression absolue de l'alcool. Bien que sa santé fut fort délabrée, depuis l'alcoolisme il n'avait plus eu d'accidents convulsifs, et les vomissements étaient devenus fort rares. Il avait eu des hémorrhagies nasales fréquentes, il avait maigri beaucoup, présentait de l'œdème des jambes, de la somnolence. Son état général était assez nouveau pour qu'on pût pronostiquer une fin prochaine.

Il n'avait plus d'attaques convulsives; mais son caractère était devenu très bizarre; et, bien qu'il fut très faible, à propos des sujets des plus futiles, il entrait dans des colères violentes qui se terminaient habituellement au milieu de flots de larmes.

Bien que les apparences fussent excessivement graves, sous l'influence de la suppression de l'alcool, sous l'action de douches, la rapidité de l'amélioration fut grande. Il se comporta encore dans cette circonstance, comme les hystériques. Après de nouveaux accès de dipsomanie, il finit par succomber à l'alcoolisme sans que j'aie eu l'occasion de le soigner à nouveau.

Ce sont là, sans contredit, des faits d'hystérie très complète dont les phénomènes ont été grossièrement étudiés, je l'accorde, et ne diffèrent pas de ce que l'on

observait en général chez les femmes. Si j'en parle, c'est que ces deux observations renferment au point de vue des antécédents des détails importants et intétéressants. Les observations de ce genre se multiplient aujourd'hui avec des malades beaucoup mieux étudiés que les miens. On a observé chez l'homme à peu près tout ce que l'on peut observer chez la femme. On a même vu, et je veux insister sur ce point à cause de l'étude qui va suivre, on a vu, dis-je, que la douleur du ventre, dite douleur ovarienne, existe chez l'homme comme chez la femme.

A la Société médicale des Hôpitaux, M. Debove rapportant une curieuse observation, a signalé l'existence chez son malade, d'une douleur apparaissant par la pression dans la région qui correspond à celle de l'ovaire chez la femme. Selon M. Debove, la présence de ce point chez l'homme était une preuve que, chez la femme hystérique, la douleur dite ovarienne n'a pas son siège dans l'ovaire. Ceci cadre fort bien, du reste avec les faits connus : l'extirpation des ovaires sains ou malades n'a pas fait disparaître la douleur dite ovarienne.

J'ai moi-même, comme d'autres observateurs, enlevé des ovaires chez les femmes hystériques et constaté la persistance de la douleur abdominale. J'ai constaté aussi dans d'autres circonstances, comme je le dirai plus loin, la douleur abdominale chez l'homme.

Cela ne me paraît pas démontrer du tout que la douleur ne siège pas dans l'ovaire chez la femme. Cela démontre tout au plus que l'ovaire n'est pas le seul siège possible des douleurs abdominales chez les hystériques.

Chez la femme qui a subi la castration, la douleur se localise dans le moignon ou en un point plus élevé. Chez l'homme elle se fixe, dans les plexus de l'abdomen. Tout cela paraît assez simple. Ce sont des phénomènes qui se produisent à peu près dans la même région et qui ont une telle parenté qu'il est presque impossible de les distinguer l'une de l'autre.

Si l'hystérie de l'homme s'observe si nette, si complète, on doit penser que les cas où on rencontre des manifestations limitées imparfaites sont bien plus fréquentes encore. Parmi les manifestations limitées de l'hystérie, il y en a une qui devait appeler mon attention plus que toute autre, celle des troubles de la sensibilité amenant une insensibilité à la douleur, soit que cette insensibilité fût primitive, soit qu'elle résultât de l'action de causes extérieures, soit qu'elle fût créée par des manœuvres voulues.

C'est d'abord un fait vulgaire pour les chirurgiens que l'absence totale du sentiment de la douleur chez certains individus. Nous l'observons plus rarement aujourd'hui que l'on anesthésie tous les sujets qui doivent subir des opérations très douloureuses. Mais, dans le cas de certaines petites opérations, comme l'extraction des dents, il est évident qu'il y a des individus qui ne souffrent pas.

Comme Beau, je ne leur fais pas gloire de leur bravoure. Il y a des gens qui n'ont pas de manifestations, tout simplement parce qu'ils sont insensibles. Il serait très intéressant de voir dans quelle mesure ces gens, à insensibilité habituelle, se rapprochent des hystériques vrais. Je ne sache pas que cela ait jamais été fait, mais je suis bien convaincu

qu'on trouverait parmi eux des gens à rapprocher de ces types si bien étudiés par M. Charcot, qui a montré, chez l'hystérique homme, l'insensibilité au chaud, au froid, à la douleur.

A côté de cette insensibilité, qui résulte d'un état organique, il fait placer l'insensibilité temporaire qui résulte de certaines commotions morales. Il y a bien longtemps que l'on a signalé ce fait, que, dans l'ardeur de la bataille, les combattants ne s'apercevaient pas des blessures, mêmes graves, qui les atteignaient. Là, l'acte est assez complexe, et l'on considère que les blessures sont moins douloureuses qu'on ne pourrait se figurer aussi. Mais on a fait remarquer en même temps que ces mêmes combattants, encore sous l'influence de l'excitation de la lutte, subissent sans broncher des opérations chirurgicales, évidemment douloureuses. Les mêmes blessés, quelques jours plus tard, sortis de la période d'excitation, deviennent sensibles quelquefois à un haut degré. Il semble même pour quelques-uns qu'ils aient passé de l'anesthésie à l'hypéresthésie.

J'ai vu la *terreur* produire des effets analogues, Il m'est arrivé bien souvent de faire des opérations courtes à des individus très effrayés par la perspective d'une opération, sans qu'ils s'en fussent aperçus. Ils croyaient l'opération à faire quand elle était terminée, et cependant elle était douloureuse. Jamais je n'ai vu le phénomène plus marqué que chez un individu très pusillanime que j'accompagnai chez un dentiste, devant le chloroformer pour l'extraction de deux dents. Il était en proie à une double terreur de l'opération et du chloroforme qui devait, disait-il,

le faire mourir. Aussitôt que je lui mis la compresse sur le nez il devint blême avec la respiration courte, le pouls petit, sans avoir encore respiré de chloroforme. Voyant cet état de terreur dans lequel je me souciais peu de l'endormir, je fis signe au dentiste qui, avec la clef, lui arracha vivement ses deux molaires. Il ressentit si peu de douleur qu'il était convaincu qu'il avait été anesthésié avec le chloroforme. Ce ne fut que par la suite qu'il fut détrompé. C'était un sujet très impressionnable, mais n'ayant aucun antécédent neuropathique et n'ayant jamais présenté de caractère hystérique. Il avait eu, d'autres fois, des dents arrachées et avait ressenti vivement la douleur dans ces cas précédents.

Il y a quelques années, un médecin américain faisait connaître un procédé d'anesthésie générale assez singulier qui consiste à faire faire au patient, le plus vite possible, une série d'inspirations profondes et précipitées ; au bout de quelques instants, le sujet subit une anesthésie générale très passagère qui permet de lui faire une courte opération.

Je n'ai pas eu l'occasion d'appliquer ce procédé, mais je sais qu'un de nos confrères de l'armée, le Dr Accolas, a fait cet essai et obtenu des résultats assez curieux. Il résulte des ces essais que les sujets sont très inégalement impressionnés par cette méthode. Mais il y en a qui au bout de quelques minutes ont de certains troubles de la vue (ils voient rouge) et sont parfaitement anesthésiés pour quelques secondes. Je n'insiste pas sur ces différents faits. Mais je tiens à faire remarquer que sur des sujets prédisposés une impression morale vive suspend la sensibilité ; je fais

remarquer aussi qu'il y a des sujets prédisposés chez lesquels certains actes purement mécaniques suffisent à faire disparaître la sensibilité pour quelques instants.

Pour observer des accidents hystériques chez l'homme ou simplement pour observer des troubles remarquables de la sensibilité, nous devons réunir des faits exceptionnels en tous cas peu communs. Mais est-il impossible que si nous observions dans d'autres climats, en particulier dans les pays chauds, sur des races différentes, habituées à une alimentation différente, dans des conditions de civilisation et d'impression différentes, est-il impossible que la proportion fût renversée et que ce qui était rare devînt commun ? Ne pouvons-nous nous trouver en présence d'individus chez lesquels les troubles de la sensibilité sont très fréquents, dont le système nerveux est facile à l'excitation, à l'épuisement? En étudiant ces phénomènes avec soin, en appliquant en grand la méthode que Beau appliquait à l'interprétation de certains faits de l'histoire, nous trouverions sans doute l'explication de bien des faits extraordinaires, de choses dites inexplicables, qui ont paru si étranges qu'il a semblé souvent plus simple de les nier que de les interpréter.

N'oubliant rien des leçons premières que j'avais reçues au début de mon éducation médicale, j'ai observé des *indigènes* pendant quelques voyages que j'ai faits en Orient. Ayant séjourné quelque temps en Algérie, il m'est arrivé de voir des indigènes subir des opérations et j'ai observé leur attitude devant la douleur. J'ai vu des *séances d'Aissaouas* qui m'ont vivement intéressé; et cherchant toujours dans le même ordre d'idées, j'ai vu quelques phénomènes qui m'ont paru

avoir échappé à d'autres observateurs. J'ai de mon mieux interrogé tous ceux qui pouvaient me renseigner sur la matière, et j'ai appris quelques détails extrêmement instructifs, en particulier ceux que j'ai recueillis chez un médecin indigène, le Dr Mohamed-ben-Larbey (d'Alger).

Nous entendons sans cesse parler des aventures mystérieuses d'Orient, des épreuves douloureuses, extraordinaires supportées par certaines races et enfin des pratiques bizarres et cruelles de certaines manifestations religieuses. La raison principale de tous ces faits extraordinaires me paraît tout simplement que ces races sont plus faciles aux phénomènes nerveux favorisés du reste par le climat et le genre de vie de ces gens.

La conséquence c'est que, chez eux, des troubles de la sensibilité (analgésie surtout) sont infiniment plus communs que chez nous. C'est encore que s'appuyant sur cette prédisposition, ils sont arrivés depuis longtemps à des pratiques où le magnétisme empirique joue un rôle considérable. Ils sont venus à provoquer une partie des phénomènes qu'on a tant étudié chez nous depuis peu et dont la parenté avec l'hystérie est reconnue. Même, comme je le dirai plus loin, ils paraissent engendrer communément des accidents hystériques qui jettent un jour fort intéressant sur le processus de ces pratiques mystérieuses. Nous nous apercevons une fois de plus qu'ils ont découvert depuis longtemps ce que la science moderne étudie chez nous et que, dans la pratique, ils nous ont devancés d'une incalculable période.

Tous les médecins qui ont observé les populations indigènes du nord de l'Afrique et beaucoup d'Orientaux

s'accordent à dire que la douleur est supportée d'une étonnante façon par ces gens. J'ai eu moi-même quelques occasions de le constater au cours de quelques opérations que j'ai vu pratiquer à Alger par mon collègue et ami le Dr Bruch. J'ai été très frappé de cette manière de supporter l'opération, indifférente en quelque sorte, et comme si on la pratiquait sur le voisin. Il y a là une grande distinction à faire de ce cas et de celui de l'homme courageux qui ne veut laisser surprendre les manifestations violentes de son émotion mais dont la figure se contracte et qui est sans cesse trahi par quelques mouvements involontaires. Est-ce à dire qu'ils méprisent la douleur et tiennent à la braver comme on le pense souvent. Je ne le crois pas beaucoup. Ils ont une attitude que l'on a mal comprise. Ils ressemblent avant tout à ces individus qui n'ont conscience ni du froid ni du chaud et qui ne bravent le froid ou l'extrême chaleur que parce qu'ils sont incapables de les apprécier et de les mesurer. Ils ne se plaignent pas parce qu'ils ne sentent pas.

Pourquoi ne manifesteraient-ils pas s'ils souffraient? L'indigène d'Algérie, par exemple, n'est-il pas un manifestant avant tout, bruyant pour la moindre des causes, criant pour un objet qui nous ferait à peine parler plus haut. La douleur serait la seule impression qui le trouverait silencieux.

Contrairement à ce que l'on dit, il redoute parfaitement la douleur, même la douleur atténuée, la seule qu'il connaisse. Il ne tient pas à la braver s'il la prend pour certaines opérations chirurgicales. Le Dr Accolas, médecin-major, nous en signalait une preuve bien curieuse. Il a longtemps exercé à l'Oued Atme-

nia, province de Constantine. Il avait très vite reconnu que les indigènes, qui sont si défiants de tout ce qui vient de nous, ont cependant très vite appris ce que valait le chloroforme. Ils acceptaient bien les opérations qui leur paraissaient devoir leur rendre service, mais à la condition expresse d'être endormis par le chloroforme; ils ne cherchent donc pas à braver la douleur. Mais il est bien certain que dans les circonstances ordinaires de leur vie, ils mesurent fort mal la douleur. Même, on peut dire qu'elle leur est assez indifférente pour qu'ils ne puissent pas comprendre ce qui s'y rattache.

J'ai été bien frappé d'une conversation que j'eus 1881 à Biskra avec un *thoubib*. Il me donnait des renseignements sur la trépanation du crâne, et il me disait que, si je voulais rester deux jours de plus à Biskra, il trouverait bien quelqu'un à trépaner devant moi. Je m'étonnais de la facilité de ses compatriotes à accepter cette opération pratiquée par le thoubib avec des instruments grossiers et qui me semblait forcément douloureuse et longue. Cet homme, qui était fort intelligent, qui avait répondu d'une façon intéressante à toutes mes questions, ne pouvait pas arriver à comprendre celle-ci; cette idée de douleur n'avait aucune importance pour lui, et il avait été lui-même trépané quatre fois.

Ces individus normalement peu sensibles à la douleur ont une impressionnabilité bien autrement grande que la nôtre. Leur imagination est toujours en éveil. Individuellement, ou en masse, ils subissent des entraînements qui nous sont inconnus. Ce système nerveux si excitable est encore à la merci d'une ali-

mentation qui n'est même pas comparable à celle des plus pauvres de nos paysans. Pour les gens riches eux-mêmes la sobriété est extrême et le jeûne rigoureux est commun.

Il serait bien intéressant de savoir d'une façon exacte si chez eux l'hystérie de l'homme est plus commune que chez nous. D'après quelques renseignements, j'ai tout lieu de le penser; mais, comme je ne pourrais le démontrer, je n'insisterai pas sur ce point. Mais ce qui est très curieux, c'est qu'un certain nombre de ces gens évidemment prédisposés réussissent à produire artificiellement chez eux-mêmes une série de phénomènes caractéristiques de l'hystérie, une véritable hystérie artificielle. J'ai observé de ces pratiques qui constituent des expériences physiologiques de réelle importance et qui méritent d'être étudiées méthodiquement.

L'hystérie a toujours joué un rôle important dans les manifestations religieuses et l'on sait que certaines religions actuellement existantes en Orient en usent largement. L'islamisme, à ce point de vue, nous intéresse spécialement. Il utilise beaucoup le nervosisme, et chose très remarquable, il s'adresse exclusivement à l'homme. Dans cette religion, la femme ne joue aucun rôle. Individuellement elle n'a aucun droit d'entrée au paradis; elle n'y entre qu'utilisable sous la forme de houri, ou comme propriété du Prophète ou d'un saint. Les cérémonies religieuses la tiennent absolument à l'écart et marquée de quelque signe qui rappelle son infériorité. A l'homme la religion réserve toutes ses épreuves. L'ascétisme, la méditation s'unissent à des cérémonies entraînantes et conduisent

à des manifestations où le fait de braver la douleur joue un rôle important.

Les Aissaouas appartiennent à une secte qui paraît avoir réduit le principal de ses manifestations religieuses à ces séances pendant lesquelles ils doivent subir des épreuves douloureuses ou dégoûtantes.

Les épreuves publiques comportent deux parts; l'une d'acrobatisme assez vulgaire et l'autre d'insensibilisation par un procédé complexe. Il est inutile d'en rééditer la description qui a été bien des fois reproduite, mais en énumérant rapidement les faits de la séance on peut donner une idée nette des conditions dans lesquelles ils se produisent.

Dans un local ordinairement mal éclairé, habituellement resserré se groupent les musiciens et les danseurs. Les musiciens forment un demi-cercle et font face aux danseurs. Toutefois au début de la séance les musiciens sont plus ou moins mêlés aux danseurs et ceux-ci jouent même des instruments.

Celui qui dirige les exercices, et qui est le chef des musiciens, fait au début une sorte de prière, puis commence la musique c'est-à-dire un mélange d'un chant monotone accompagné par des coups de tambourins d'abord bien rythmés puis augmentant de violence et arrivant à un véritable vacarme. Au bout d'un temps de musique *toujours long*, un, puis plusieurs individus rangés auprès des musiciens se lèvent et se livrent aux mouvements rythmiques de la tête sur lesquels nous reviendrons.

Après une *longue préparation* viennent les exercices. Ceux-ci sont en général gradués. Les plus compliqués ne se produisent guère qu'à la fin de la séance. Au

début, on en fait peu à la fois; à la fin, plusieurs sujets travaillent simultanément. La séance *est longue :* trois ou quatre heures; puis, celle-ci terminée, les danseurs haletants, fatigués, se retirent et les musiciens font, avec plus ou moins de négligence, une prière.

Il y a deux ordres de faits à observer au cours de cette séance : 1° un ensemble de moyens employés pour déterminer l'insensibilisation du danseur; 2° les exercices proprement dits et la portée qu'ils peuvent avoir.

Le procédé d'insensibilisation est assez curieux à étudier parce qu'il comporte plusieurs éléments. L'entraînement religieux ne paraît jouer aucun rôle. La cérémonie commence bien par une prière, mais à laquelle personne ne paraît prêter d'attention. La musique au contraire joue un rôle très important, si on peut donner le nom de musique aux coups frappés d'une façon régulière sur un immense tambourin dont la forme rappelle assez bien les grands tamis à confitures. Les coups frappés avec une grande monotomie accompagnent un chant tout aussi monotone, qui garde sa régularité, tandis que l'accompagnement va en s'accélérant pendant les exercices. Pendant ceux-ci, les musiciens élèvent leurs tambourins au-dessus de la tête de l'acteur et l'enveloppent en quelque sorte de ce bruit étrange. La musique est continuée pendant une période considérable. Souvent, une demi-heure s'écoule avant que ce qu'on appelle la danse débute. En tous cas, un quart d'heure à vingt minutes paraissent un minimum nécessaire. Je ferai remarquer dès à présent que cette musique assez sauvage, qui vous impressionne d'abord fort désagréablement, vous donne

au bout de quelque temps une sensation singulière d'étourdissement, un petit vertige, auquel on résiste sans doute mais qui doit être ressentie assez vivement par les natures impressionnables. Lorsque cette musique exécutée par un nombre variable de musiciens a duré quelque temps, un des membres de la troupe se lève brusquement, fait face aux musiciens et le corps incliné en avant, se met à balancer la tête par un mouvement impossible à décrire. Il semble que les vertèbres du cou n'existent pas et que la tête lancée en l'air par un ressort retombe devant le tronc par son propre poids, pour être de nouveau rejetée en l'air ou de côté pour recommencer sa course.

Ce manège est longtemps continué. A Alger le danseur qui s'y livre le fait en fixant la *flamme* d'une sorte de cierge placé à côté du chef des musiciens. Cette flamme paraît jouer un rôle important dans le développement de l'insensibilité; mais tous les Aissaouas n'en usent pas. J'ai vu une troupe qui n'avait pas de bougie devant elle. Je n'ai pu m'assurer s'il n'y avait pas quelque autre point brillant fixé par le danseur. J'y reviendrai.

Pendant ces mouvements qui ont l'air désordonnés, mais qui sont très réguliers, la coiffure tombe; le danseur se dépouille de presque tous les vêtements, sauf le pantalon. S'il est seul, il se déplace peu sur le devant de la scène. Si plusieurs dansent ensemble, ils se tiennent enlacés et joignent au balancement de la tête une sorte de déplacement latéral qui se marie très bien au premier mouvement rythmique.

Ces mouvements ayant duré une demi-heure, et souvent beaucoup plus, les exercices commencent.

Mais d'autres éléments de préparation paraissent encore se joindre aux précédents. Des *matières odoriférantes* et surtout du benjoin sont projetées sur des fourneaux et l'acteur vient exposer sa figure à ces vapeurs qu'il aspire avidement. Il y a du reste, au-devant des musiciens, un cercle de fourneaux allumés, de réchauds sur lesquels ils chauffent la peau de leur tambourin, et si la séance a lieu dans un endroit clos il règne toujours une atmosphère insupportable de vapeurs de charbons. Certains des acteurs exposent leur tête fort longtemps au-dessus du réchaud qu'anime un des musiciens en agitant le tambourin au-devant de lui.

Lorsque tous ces exercices sont en train, la face se congestionne, bleuit; il y a une sorte d'exophtalmie; les yeux sortent de la tête; les épaules, les bras sont couverts de sueur; le front ruisselle. L'acteur commence alors ses exercices.

Ces cérémonies sont beaucoup moins épouvantables qu'on ne l'a dit souvent; et l'observateur non prévenu estime immédiatement que les sujets sont acrobates dans une certaine mesure. L'acrobatisme n'est pas très compliqué, et cela se conçoit car la période d'initiation est courte; les Aissaouas sont les premiers venus. La plupart de leurs exercices ne sont ni difficiles ni bien dangereux. Manger des feuilles de cactus, mâcher des étoupes enflammées, lécher ou frapper avec la main de gros fers rouges, mâcher et avaler des scorpions ou des couleuvres ou des poulets vivants, même des moutons, s'enfiler les joues, les narines ou les paupières avec des aiguilles plus ou moins acérées. Tout cela est dégoûtant, désagréable,

douloureux, mais point dangereux. Les seuls exercices dangereux consistent à monter pieds nus sur une *lame de sabre*, ou à se coucher dessus le ventre portant sur le fil de la lame, enfin mâcher du verre et l'avaler ensuite. Les derniers exercices ne sont guère pratiqués que par quelques spécialistes qui s'y sont préparés sans doute par des études plus ou moins longues. Le tour de la lame de sabre est exécuté d'une façon assez grossière et ne serait certainement pas en dehors des facultés des acrobates de nos foires. Celui du *verre à mâcher* est plus difficile mais point trop. Cette alimentation excentrique est pour eux beaucoup plus dangereuse qu'ils ne le disent, puisqu'ils ont la prétention d'être tout à fait indemnes aussitôt la terminaison de leurs séances. On m'a cité entre autres à l'hôpital de Mustaffa un des ces Aissaouas qui vint mourir après avoir avalé des clous.

Je ne voudrais pas oublier parmi ces exercices celui qui consiste à *enserrer le corps* du danseur par une corde sur laquelle les camarades se mettent à tirer. Le danseur, saisi, se trouve ainsi par le milieu du corps réduit à sa plus simple expression. C'est le seul exercice pour lequel je les ai vus quelquefois manifester de la douleur. C'est celui qui m'a paru en général le plus mal supporté et j'ai vu plusieurs fois le chef de la troupe intervenir pour le faire suspendre.

Ce qui caractérise la cérémonie, qui frappe le spectateur attentif, c'est l'état d'insensibilité relative du danseur, coexistant avec la conservation de la conscience. — Cette conservation de la conscience au premier abord paraît complète puisque le danseur s'interrompt, choisit des exercices, parle même aux spec-

tateurs. Toutefois, il arrive très souvent que l'individu paraît ivre au point d'avoir perdu la raison. Il se dirige mal. Peut-être irait-il plus loin qu'il n'est prudent. Il est alors l'objet de la surveillance très exacte de ses compagnons, musiciens ou danseurs, qui l'arrêtent ou le guident dans ses exercices. Quelquefois même, ils l'empêchent absolument de s'y livrer, le retiennent et attendent que la conscience soit un peu revenue. Ils rappellent alors absolument les gens qui retiennent les ivrognes en cours d'excentricités.

L'individu est insensible absolument ou relativement, car quel que soit le stoïcisme que l'on attribue à ces races, il serait inadmissible s'il était sensible qu'il pût se piquer la langue soit avec les épines du figuier de Barbarie qui bardelées pénètrent les chairs en les irritant vivement, soit avec des épines d'acacia ferox, soit avec de longues aiguilles destinées à cet usage, et qui, par leur forme rappellent un peu les brochettes très employées dans nos restaurants. Il montre encore son insensibilité en se piquant avec la pointe du poignard, mais ne manœuvre jamais le tranchant sur la peau. Le tranchant ne joue de rôle que quand il monte sur le sabre ; et, dans cet exercice acrobatique, la lame est déviée en avant ou en arrière, de façon à éviter toute coupure.

L'exercice du *fer rouge* est très intéressant parce qu'il démontre à la fois la conscience persistante de l'individu et son insensibilité. Il montre aussi très bien l'action de l'acrobate connaissant parfaitement les propriétés du fer rouge et les utilisant. Le fer rouge employé rappelle assez bien nos anciens cautères. La surface en est large, étalée, et fait dire aux

spectateurs qu'ils lèchent des pelles rougies au feu. Leurs exercices principaux sont en effet les suivants: Ils lèchent la pelle, ils la frappent avec la paume de la main. Ils la frappent aussi avec un ou deux doigts ensemble ou séparément. L'action de lécher sans accidents s'explique par l'humidité constante et les lois de Boutigny. L'action de la chaleur rayonnante désagréable mais non dangereuse pour la face est négligée à cause de l'insensibilité dont ils jouissent. Elle est atténuée, du reste, par l'abondance de la sueur qui la recouvre. Ils ne frappent avec la paume de la main que lorsque celle-ci est très humide de sueur, ce qui est tout naturel, étant donné la violence de leurs exercices et les conditions dans lesquelles ils les pratiquent. Ils sont pendant le cours des exercices, constamment couverts d'une sueur abondante. La peau est donc en ce cas tout naturellement protégée contre le calorique.

Mais ces exercices avec le fer rouge, très effrayants pour le public, très appréciés des hommes et surtout des femmes indigènes, sont entourés de beaucoup de précautions pour éviter des accidents. Ces individus agités, hors d'eux, ivres, qui poussent des rugissements de fauves, qui semblent ne plus rien voir autour d'eux, ces individus ne prennent jamais le cautère par le mauvais bout. Ils saisissent délicatement d'une main l'extrémité froide ou peu chauffée et font les exercices d'épreuve sur la main du côté opposé. Pour celle-ci même, s'ils ne la trouvent pas assez humide, ils prennent grand soin de lécher les doigts avec lesquels ils frappent sur le fer rouge.

Il y a encore un exercice qu'ils font avec beaucoup d'adresse : ils font courir sur le thorax ou sur la peau

du ventre une sorte de masse armée de *grandes pointes*. Ils la saisissent bien au bout du manche et la passent sur la peau de façon à ce qu'aucune pointe ne pénètre profondément. Jamais ils ne placent la paume de la main sur les pointes de la masse.

On serait également éloigné de la vérité en se contentant de considérer des Aissaouas comme de vulgaires et médiocres acrobates ou en considérant les résultats qu'ils obtiennent comme mystérieux et inexplicables, ou en les embellissant à l'exemple d'une description célèbre de Théophile Gautier.

Il y a, dans l'étude attentive de ces *acrobates mystiques* plusieurs éléments qui frapperont certainement et qui jettent un certain jour sur la physiologie et la pathologie générale de certaines races :

1° Tous leurs exercices sont bien et méthodiquement groupés pour obtenir une excitation nerveuse déterminée, favorable à une anesthésie relative; 2° cette expérience se fait sur des races différentes de la nôtre dont l'excitabilité est très différente et qui présentent certainement un terrain très favorable; 3° dans cette race, ce sont surtout les individus prédisposés qui sont choisis et *qui subissent un entraînement spécial*.

Le *jeûne* et la *prière* ont probablement joué au début un rôle important dans la préparation. Le jeûne est pratiqué en Orient avec une facilité et une persistance qui est inconnue aux habitants des climats froids, et l'on conçoit aisément son rôle préparatoire. Mais dans la plupart des tribus d'Aissaouas, le côté religieux est fort abandonné. Le jeûne est probablement fort négligé aussi. La plupart ne quittent leurs

occupations ordinaires que peu avant la séance; aussi cette préparation ne compte guère.

Dans la séance nous voyons accumulés divers moyens d'hypnotisme. Le cierge qui occupe le milieu de la cour forme une sorte de centre pour tous leurs mouvements rythmiques. Sa présence est habituelle; la direction de leur regard est constamment conservée vers la lumière. Mais d'autres objets brillants sont là devant eux. Si le cierge manque, il y a le foyer pour les charbons ou les lames des poignards et des sabres.

Leurs mouvements ont deux caractères constants : ils impriment des secousses régulières au bulbe et au cerveau. Il s'y joint plus ou moins de mouvements du corps en avant et en arrière. Mais le mouvement de circumduction de la tête paraît être le mouvement capital; ceux qui essaient de s'y livrer n'y arrivent pas d'emblée, très loin de là. Aussi les chefs ne permettent aucun exercice à ceux qui s'essayent et qui ne l'exécutent pas encore avec une grande perfection. J'en ai vu prendre part à la danse et chercher à partager les exercices; ils étaient alors repoussés et les initiés me dirent que ces gens ne faisaient que commencer et ne pourraient agir sans danger.

Le *bruit rythmé* des grands tambours joue aussi un très grand rôle dans l'entraînement, et entre eux ils attachent une grande importance à *un bon accompagnement*. Le musicien est du reste, un personnage soldé et important, c'est lui qui entreprend la représentation au point de vue industriel. Quiconque a suivi ces séances se rend assez bien compte de l'effet de la musique, du bruit des tambourins qui vous abasourdit d'abord, finit par vous envelopper, vous entraîner, vous donner

une sorte de vertige contre lequel il faut se raidir. Et l'on conçoit très bien comment des assistants qui ne devaient pas prendre part à la fête se lèvent tout à coup et comme entraînés dans un mouvement irrésistible, viennent se mêler aux acteurs en se contentant de danser ou en prenant part aux actes malpropres mais non dangereux ou très douloureux. Je ferai remarquer, du reste que la vibration très intense du tambourin est recherchée. On n'emploie pas pour cette musique le petit tambourin qui accompagne les danses ordinaires, ni les tambourins à cymbales. C'est un immense tambourin de 48 à 50 centimètres de diamètre, fait avec grand soin ; la lame vibrante est sous-tendue de cordes en boyaux qui donnent un grésillement particulier et modifient le son, de façon à lui donner plus de monotonie, si possible. Le musicien le chauffe au-dessus des fourneaux, ce qui le tend et donne beaucoup plus d'intensité au son.

J'ai remarqué à plusieurs reprises une manœuvre qui m'a paru être propre à ajouter à l'anesthésie. L'acteur expose sa tête au-dessus des fourneaux et le musicien évente le fourneau de façon à lui envoyer dans la figure tous les produits de combustion. Souvent on jette quelques fragments de benjoin sur le foyer et les camarades tenant le danseur pantelant sous les bras exposent sa tête au-dessus du foyer. Je pense que c'est là un moyen additionnel pour déterminer l'anesthésie nécessaire.

N'est-ce pas le procédé d'excitation qui était appliqué à la pythonisse antique? Cependant je dois ajouter que le Dr Mohamed-ben-Larbey considère cette pratique comme destinée plutôt à modérer l'individu

trop entraîné par l'ardeur de la danse. Il n'y a pas jusqu'aux you you des femmes spectatrices qui ne jouent un rôle dans l'entraînement de ces danseurs.

Comme on le voit, les moyens employés par les Aissaouas sont en somme, assez simples. Ils insistent *avec une grande persistance*. La longue durée des mouvements de la tête et de la musique paraît un élément important pour la perte de la sensibilité. Au début d'une séance, ils ne font jamais les expériences qui pourraient être très douloureuses.

Lors du voyage d'une troupe d'Aissaouas à Paris, cette nécessité du long entraînement lui causa un *échec* complet aux Folies-Bergères. Au bout de quelques minutes, le public réclamait déjà les exercices. Peut-être aussi, le bruit qui se faisait autour de l'enceinte déterminait-il une sorte de distraction. Toujours est-il que la danse et les exercices devinrent tout à fait insignifiants. On dut chercher alors un local plus calme pour les produire dans de meilleures conditions.

Comme on l'observe dans toutes les expériences de magnétisme, il faut des sujets non seulement prédisposés mais entraînés. Si les Aissaouas sont gens de toutes sortes et de races différentes il est absolument inexact de dire, comme l'ont affirmé des narrateurs que l'on voit des assistants entraînés par le spectacle se mêler à leurs exercices. On voit, en effet, des individus venir balancer la tête ; mais là, se borne leur participation. Les dilettanti de ces réunions vous expliquent du reste avec détails, comment les danseurs arrivent progressivement à s'instruire dans l'art de faire l'Aissaoua. Ils vous signalent les progrès des gens qui ont

débuté depuis peu. J'ai eu, à cet égard des renseignements très complets.

Le résultat obtenu me paraît assez simple à analyser. Après ces exercices le danseur haletant, le corps couvert de sueur, a la face congestionnée, l'œil hagard; il pousse des cris que l'on compare à ceux des fauves et qui ressemblent surtout à ceux des hystériques avec plus de violence. Il est, en somme, atteint d'un état aigu d'*hystérie artificielle*, pendant laquelle il jouit d'une insensibilité relative. Ce n'est pas là une vue de l'esprit, et l'on constatera certains caractères qui permettent de l'affirmer. Ce ne sont point seulement ces cris qui nous font dire cela. D'abord la suppression de la douleur est évidente. Un homme vaillant peut à la rigueur, supporter sans réaction nerveuse apparente une douleur de courte durée. Mais, quelle que soit cette vaillance, la longue durée de l'épreuve ne permet de supposer ici rien de pareil. Il est facile de s'en convaincre en examinant attentivement la figure de chaque danseur pendant les exercices ; l'on voit qu'aucun mouvement de physionomie ne trahit le phénomène douleur ; ils ne la bravent pas, ils sont indifférents. Cependant de ces exercices, certains sans être très dangereux devraient être très douloureux : les piqûres sur certaines régions (lèvres et nez) les attouchements avec les feuilles du figuier de Barbarie, et l'acte de mâcher les mêmes feuilles.

L'insensibilité s'accompagne d'un phénomène commun chez les hystériques. On sait que sur les membres anesthésiés, fréquemment les piqûres ne saignent pas ou au moins les hémorrhagies sont peu abondantes. C'est un fait sur lequel les Aissaouas attirent cons-

tamment votre attention; ils vous montrent sans cesse les points où l'instrument a passé pour bien faire voir qu'il n'a laissé aucune trace et qu'il ne coule pas de sang. Cependant ces phénomènes ne sont pas constants; si la plaie porte dans une région très vasculaire, ils saignent parfaitement. Un jour j'en ai vu un qui avait été mordu à la lèvre par un serpent. Il saigna tant que dura la représentation.

Un autre, qui avait roulé sur sa poitrine la masse armée de piques avait sans doute atteint quelque veine superficielle, car il se mit à saigner. Ces événements parurent leur être désagréables; ils les dissimulèrent d'abord de leur mieux. Puis, quand l'écoulement se renouvelant, il devint impossible de le cacher, ils se piquèrent à côté pour bien montrer que la plaie nouvelle ne saignait pas comme l'ancienne. De fait *ils évitent avec le plus grand soin toute région manifestement vasculaire.*

Ils ont pourtant aussi la prétention d'être invulnérables; ils affirment que leurs épreuves ne sauraient entraîner de conséquences fâcheuses. Or, c'est là une assertion absolument contraire aux faits. Les accidents sont rares parce qu'ils prennent les plus grands soins pour éviter les régions dangereuses. Pour les exercices en apparence menaçants, ils ont un acrobatisme suffisant. Mais pour l'ingestion des corps étrangers par exemple, il peut être mis en défaut; et on montre au musée, de l'hôpital de Mustapha, l'estomac d'un Aissaoua qui avait voulu avaler des clous et qui avait succombé avec l'estomac perforé après en avoir ingéré du reste des quantités considérables.

Au point de vue de leur invulnérabilité, que valent les

exercices des serpents et du scorpion? Ils disent se faire piquer par des vipères et avaler des scorpions vivants. En fait de vipères, je n'ai vu qu'un animal qui ressemblait à une couleuvre et avait l'air sérieusement malade et je ne puis dire dans quelle mesure les scorpions avaient été rendus inoffensifs. Cela me paraît rentrer dans ce qui fait la part de l'acrobatie.

La conscience est un peu mieux conservée chez eux que chez les individus en attaque d'hystérie vraie. Mais cette conservation de la conscience est loin d'être toujours égale; dans la troupe, le chef et certains musiciens suivent attentivement le danseur; et, s'ils le trouvent trop excité, trop inconscient, ils l'empêchent de faire les exercices avant qu'il ne soit revenu à un état favorable. Et ceci arrive vite. L'état d'excitation de l'Aissaoua est passager, et, si le même individu doit faire plusieurs exercices à la suite, il est obligé de recommencer lesdits préliminaires d'excitation jusqu'à ce que l'état favorable qui était tombé soit revenu. Cette chute rapide de l'état hystérique nécessaire explique comment, la séance terminée, l'Aissaoua paraît calme et comment, le lendemain, il peut être rendu à ses occupations habituelles. Mais il existe une preuve plus claire encore de l'état hystérique, les convulsions. Deux fois, j'ai vu naître des convulsions caractérisées chez un adulte, et chez un jeune garçon de quinze ou seize ans. Ces *attaques convulsives* furent de courte durée. Chose très intéressante, les deux fois le chef intervint pour les arrêter par le procédé classique de la compression du ventre. Il se mit à genoux sur les côtés du patient et avec les deux poings fermés il comprima vigoureusement le ventre;

cela lui était d'autant plus facile, que le patient, dépouillé de la plupart de ses vêtements pendant la danse avait le ventre découvert.

Chez l'adulte, les convulsions durèrent un peu; chez le jeune garçon, leur disparition fut presque instantanée. Cet incident n'était évidemment pas désiré, et quelques camarades, cherchant à entourer le convulsionnaire, le masquaient au public.

Aussitôt la convulsion passée, le danseur, par ordre du chef, prit du repos dans un coin.

Je ne sache pas que l'on ait attiré l'attention sur ce point. Ce petit fait me paraît jeter un grand jour sur la physiologie pathologique de l'Aissaoua. En somme, l'intervention du chef est exactement celle des infirmières des services d'hystériques et d'hystéro-épileptiques. Ce n'est pas en pratique la compression directe des ovaires que l'on fait pour arrêter les convulsions, c'est la compression du ventre, du bassin. Les ovaires sont sans doute médiatement comprimés, mais tous les plexus du ventre sont comprimés de la sorte; on sait même que les infirmières réduisent souvent la compression des ovaires à sa plus simple expression en s'asseyant sur le ventre de la patiente.

Il serait très intéressant de savoir quel genre de sujets se livrent à ces pratiques d'Aissaoua. Il est plus difficile que l'on ne saurait croire de se procurer de ces renseignements, et tout ce que j'avais pu apprendre d'abord, c'est que l'Aissaoua n'appartient à aucune profession; il y avait parmi les troupes que j'ai vues des gens de toutes professions : l'un était un crieur public, l'autre un portefaix, un autre était tailleur, un autre vendait des poteries, etc., etc. Seulement, on

rencontre dans le même groupe plusieurs membres de la même famille. J'y ai vu le père et les deux fils.

M. le D[r] Mohamed-ben-Larbey me donna quelques renseignements intimes qui ne manquent pas d'intérêt. Il a vu à plusieurs reprises des gens présentant des antécédents nerveux. Il m'en citait un qui avait un père épileptique, l'autre un frère goitreux et idiot, etc.

Souvent les sujets qui se livrent à ces exercices sont des gens vicieux. La pédérastie qui n'est pas rare en Orient, est particulièrement fréquente chez eux. Souvent, ce sont de mauvais sujets qui se battent sans cesse. En dehors de ses exercices, l'Aissaoua reste fort peu sensible. Il semblerait qu'il ne recouvre jamais complètement la sensibilité que ses exercices lui ont fait perdre. Ce renseignement nous a été donné, nous n'avons pu le vérifier. »

La plupart d'entre eux sont atteints d'une véritable boulimie. Ils mangent avec une voracité étonnante ; aussi la chose est passée en proverbe ; on dit : « Manger comme un Aissaoua.

J'aurais voulu savoir si le fait des convulsions au cours de la danse se reproduisait souvent, et si la *compression du ventre* était employée par tous, mais je ne pus arriver à m'en assurer. M. le D[r] Mohamed-ben-Larbey me dit seulement que la douleur de ventre était très commune chez eux dans l'intervalle de leurs exercices. Il en avait vu plusieurs s'en plaindre.

Il y aurait intérêt à savoir quelle nature d'individu on rencontre parmi les Aissaouas et le motif qui les détermine à faire ces exercices, On admet généralement qu'ils obéissent à un entraînement religieux. Peut-être cela s'est-il produit autrefois; peut-être

observait-on là une détermination de l'ordre de celle que l'on voit chez les fanatiques qui se mutilent à Constantinople pour certaines fêtes, de ceux qui se précipitent sous les pas des chevaux et des Indous qui se font écraser par les roues des chars sacrés. Mais, dans la pratique actuelle, il faut écarter ce motif. Il semble même que les Aissaouas affectent d'être moins religieux que beaucoup de leurs congénères.

Est-ce la cupidité qui les entraîne. Je ne le crois pas davantage. D'abord, sauf les grandes villes, les spectateurs généreux sont si peu communs, que les troupes ont de la peine à se procurer les éléments nécessaires à la cérémonie, moutons, poulets, serpents, scorpions (crevettes de terre). Et puis, même quand ils trouvent des spectateurs disposés à payer, l'Aissaoua n'a pas de profit. Les musiciens sont les entrepreneurs de la fête et la recette leur est abandonnée en paiement de leur peine. Il y a bien la satisfaction, d'étonner de se donner en spectacle à des admirateurs. Mais ce ne serait pas là un motif suffisant pour encourager à des pratiques qui demandent un si long entraînement, qui déterminent une véritable fatigue, chez des gens qui ne sont pas prodigues d'efforts inutiles.

Il est probable que ces gens trouvent un plaisir, une satisfaction dans ces pratiques. Il est bien possible même que leurs exercices déterminent une certaine excitation génésique. Il paraît certain qu'au cours de ces exercices il se produit assez souvent une éjaculation.

La pratique de ces danses désordonnées suivies d'une violente agitation n'est pas un fait isolé chez les Aissaouas. On les retrouve en plusieurs contrées. En cau-

sant avec le regretté Bastien Lepage d'une séance d'Aissaouas dont le pittoresque l'avait beaucoup frappé, j'appris un autre cas de ce genre. A l'époque de la guerre du Zoulouland, il avait vu à Londres un barnum qui avait amené un lot de naturels du Zoulouland pour les exhiber, puis l'autorisation, d'abord donnée, lui avait été refusée. Or, la troupe attendait, avait des loisirs et le barnum, pour les occuper, avait dû leur donner une vaste salle nue, où ils se livraient sans témoins à des danses de ce genre à la suite desquelles dans une sorte d'ivresse, ils cassaient tout ce qu'ils rencontraient, se blessaient, et cela pour leur satisfaction intime puisqu'ils n'avaient pas de spectateurs. Bastien Lepage avait assisté à un bacchanal de ce genre et me signalait son analogie avec la séance des Aissaouas.

Je n'ai pas la prétention d'avoir rien découvert en signalant ce cas. Je le cite surtout parce qu'il appartient à des peuplades sauvages dont l'entraînement religieux ne présente pas une grande intensité et qui paraissent agir ainsi pour le plaisir des sens. Si on cherchait au contraire des pratiques de ce genre où le côté religieux joue un rôle considérale on en rencontrerait beaucoup en Orient.

Il y a deux ans, M. Zambaco (de Constantinople) publiait une note fort intéressante où il s'occupait surtout de la secte des Naxi Bendi qui se livrent à des exercices rappelant en quelques points ceux des Aissaouas.

Les séances religieuses où le magnétisme paraît jouer un rôle important, se terminent par des cris, des convulsions, de véritables attaques d'hystérie. Ces pra-

tiques religieuses offrent, ceci de particulier qu'elles sont suivies par des femmes.

Il y a bien d'autres faits semblables encore et on ne finirait pas de les citer. Ne les connaissant pas *de visu*, je me garderais bien d'en déterminer le caractère intime. Mais il suffit de savoir qu'ils existent pour conclure qu'ils indiquent, pour la plupart des Orientaux, un système nerveux beaucoup plus émotif que le nôtre.

Il est probable que chez ces gens des faits que nous avons quelque peine à constater chez nous, sont chose vulgaire. Il est bien probable que si on les étudiait en leur pays comme on étudie les hommes ou les femmes à la Salpêtrière, on arriverait à des résultats très intéressants. Je crois bien que, chez eux, on complèterait d'une étonnante façon l'étude de l'hystérie chez l'homme. On expliquerait ainsi bien des faits singuliers et l'on donnerait la raison de troubles de la sensibilité qui démontrent une fois de plus les différences profondes qui séparent les races humaines. L'unité de l'espèce humaine est le résultat d'une conception philosophique. Au point de vue de la physiologie et de l'anatomie, elle est sans cesse démentie par les faits.

PSYCHOPHYSIQUE

RECHERCHES CLINIQUES SUR LA PSYCHOPHYSIQUE : ÉTUDE SUR LA PERCEPTIBILITÉ DIFFÉRENTIELLE [1] ;

Par MAURICE MENDELSSOHN et F.-C. MULLER-LYER.

INTRODUCTION

Depuis que la psychologie est descendue des régions nébuleuses de la métaphysique sur le terrain positif des sciences naturelles, on voit s'établir une union intime entre la psychologie, devenue une science indépendante, et la physiologie et la pathologie cérébrale. Toutes ces sciences venant en aide l'une à l'autre tendent à s'éclaircir mutuellement et contribuent ainsi, loin de toute spéculation transcendante, à la connaissance exacte des phénomènes psychiques. Mais si la psychologie a déjà largement profité des méthodes et des données qui lui ont été fournies par la physiologie du système nerveux, il n'en est pas de même pour ce qui concerne la pathologie cérébrale. La psychologie n'a que depuis peu de temps droit de cité dans la clinique, et c'est surtout aux efforts incessants de M. Charcot qu'on doit la prise de possession de la psychologie par les méthodes positives de l'observation médicale.

[1] Travail du laboratoire clinique de M. le professeur Charcot à la Salpêtrière.

Malgré ces efforts, qui font honneur à l'école de la Salpêtrière et à son éminent maître, la psychophysique, cette plus belle et plus exacte partie de la psychologie, n'a pas encore pris pied dans la clinique et, au moment où nous avons entrepris les recherches qui font l'objet du travail présent (le 1er mai 1885), nous n'avons eu connaissance d'aucun travail ayant trait à l'étude des phénomènes psychophysiques chez les malades. Il est même surprenant que le clinicien, ayant à chaque instant à analyser la « sensation », ce phénomène psychologique primitif et irréductible, qu'on trouve à l'origine de tous les processus psychiques, n'ait pas été tenté de recourir à des procédés psychophysiques, les seuls qui permettent, comme on va le voir tout à l'heure, de mesurer les sensations avec une précision pour ainsi dire mathématique.

D'autre part, les recherches psychophysiques faites sur l'homme malade présentent un très grand intérêt non seulement pour le clinicien, mais aussi pour le physiologiste. Ce dernier doit nécessairement aborder ce champ d'investigation, comme le seul où toute vivisection devient impossible, la physiologie des sens ne pouvant se faire sur l'animal que dans des limites très restreintes. Or, le processus morbide remplace très avantageusement la vivisection, en éliminant la fonction d'une partie ou de tout un organe dégénéré, et en mettant en évidence la fonction voisine. C'est ainsi que la méthode pathologique est la seule praticable dans l'étude des fonctions isolées d'un appareil sensoriel qui fonctionne comme un tout, comme une entité.

Aussi, nous avons cru utile d'entreprendre au cours de l'année 1885 et de la première moitié de l'an-

née 1886, dans le laboratoire clinique de M. Charcot à la Salpêtrière, une série de recherches sur les modifications que les lois psychophysiques subissent sous l'influence des maladies du système nerveux[1]. Nous avons commencé nos recherches par l'étude de la perceptibilité différentielle du sens de la vue, et ce sont les résultats de ces recherches qui font l'objet de notre travail présent, ce dernier n'étant disons-le tout de suite, que le premier d'une série de mémoires que nous nous proposons de publier plus tard sur la psychophysique pathologique. Avant d'aborder notre sujet, nous croyons utile de résumer, aussi brièvement que possible, les principales données de la psychophysique.

Lorsqu'un excitant doué d'une énergie suffisante vient à rencontrer l'appareil terminal d'un nerf conducteur centripète, une sensation naît par là même dans la conscience. Un phénomène initial purement physique a donc été ici la cause déterminante d'un phénomène ultérieur psychique. Aussi le processus dans son ensemble est-il qualifié, depuis Fechner, de « psychophysique ».

Sous le nom de *psychophysique*, on entend l'étude des rapports fondamentaux entre les phénomènes déterminants et les phénomènes psychiques déterminés; il s'agit ici surtout des rapports de grandeur. Mesurer ces deux phénomènes, afin d'établir avec certitude les

[1] Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre profonde reconnaissance à notre illustre maître, M. le professeur Charcot, pour le précieux concours qu'il a prêté à notre travail, pendant toute la durée de nos recherches. Nous remercions également M. le Dr Parinaud, chef du service ophtalmologique de la Salpêtrière, de l'amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition les instruments de son laboratoire, qui nous étaient d'un grand secours dans nos études.

rapports en question, telle est la tâche que se propose la psychophysique considérée comme science expérimentale. — Mais les deux phénomènes en question, le premier seulement est susceptible de mesure directe. Nous pouvons dire en effet, en nous basant sur une mensuration directe: l'action de tel poids sur le sens de la pression est trois fois celle de tel autre; telle lumière a une intensité triple de telle autre; quant aux sensations qui en résultent, nous ne pouvons qu'accuser leur énergie relative, dire d'une manière générale, que telle est plus forte que telle autre. Il nous est impossible de déterminer combien, ou quel nombre de fois par exemple, une sensation lumineuse est plus intense qu'une autre; et il n'existe pas jusqu'ici de méthode qui permette de déterminer ces valeurs d'une manière positive et directe.

Le chemin est donc fermé de ce côté à la psychophysique, au moins provisoirement; par le bonheur, il existe une autre méthode, dont la découverte est due au père de la physiologie métrique à E.-H. Weber. Cette méthode consiste à chercher les rapports mutuels non pas de l'excitant et de la sensation, mais de la différence entre deux excitants d'une part, et de celle entre deux sensations (perception différentielle) de l'autre. — Nous allons donner les explications nécessaires.

Supposons qu'un ton musical d'une tenue égale ayant une intensité donnée, *a*, frappe notre oreille et produise une sensation. Si ce ton vient à subir une modification d'une certaine rapidité, qu'il soit par exemple renforcé de manière à atteindre une intensité, *b*, nous n'aurons pas seulement deux sensations suc-

cessives, dont l'une correspondra au ton *a*, l'autre au ton *b*, mais nous percevrons encore le « renforcement » c'est-à-dire la différence qui existe entre *a* et *b* et c'est là ce qu'on appelle une *perception différentielle*. On peut ainsi chercher pour toute une série d'intensités *a*, *b*, *c*... du même ton, les accroissements α, β, γ, capables d'être perçus. Nous savons déjà, par l'expérience de chaque jour, que l'oreille ne saisit pas tout renforcement d'un bruit, mais que le renforcement pour être perçu, doit être plus considérable que le bruit en question est plus intense. On parvient ainsi à établir une série numérique, où se révèlent les connexions mathémathiques entre les valeurs d'une grandeur psychique (perception différentielle) et celle d'une grandeur physique (différence entre deux excitants ou entre deux états successifs d'un même excitant). Etant admis que les « perceptions différentielles limites », c'est-à-dire celles qui, dépassant à peine zéro, entraînent un état conscient minimum, sont d'égale grandeur, on a ainsi une série de valeurs psychiques égales en relation mathématique avec divers des phénomènes physiques susceptibles de mesure. Ainsi se trouve posée une des bases de la psychophysique.

E.-H. Weber le premier a dirigé ses recherches de ce côté, et sans négliger les autres points, il s'est attaché d'une manière spéciale au sens de la pression. Il s'est demandé : — étant donnée une série de poids *a*, *b*, *c*, de quelles quantités α, β, γ, il fallait augmenter chacun de ces poids pour rendre l'augmentation appréciable, et c'est ainsi qu'il réussit à formuler la loi célèbre « la loi de Weber », d'après laquelle » l'accroissement doit, pour être à peine perçu, être propor-

tionnel à l'excitant, auquel il s'ajoute ». Ainsi le renforcement d'un bruit d'intensité double doit être également doublé pour être perçu, en tant qu'accroissement comme l'était le bruit simple.

La loi de Weber est la base réelle qui a servi à Fechner pour établir la psychophysique ; à la recherche d'une mesure applicable aux grandeurs psychiques, il a tâché de déduire de la loi précédente des formules mathématiques pour la mensuration de la sensation, de la perception différentielle, de la somme des sensations, et d'autres valeurs encore. Mais cet ordre de faits n'étant pas accessible à l'expérimentation nous n'entrerons pas dans ces détails, d'autant plus on ne saurait se le dissimuler, — que les déductions psychophysiques de Fechner sont fortement attaquées et même renversées sur divers points. Par contre, nous pouvons dire quelques mots de la nomenclature psychophysique telle qu'elle a été créée par Fechner et qu'elle est admise généralement dans la science, ainsi que du dispositif expérimental requis pour cet ordre de recherches, ces deux points étant d'une importance majeure pour l'intelligence du présent travail.

Tout excitant pour être perçu doit atteindre une grandeur déterminée, au-dessous de laquelle il ne se produit aucune sensation : c'est ainsi que, pour emprunter un exemple à Fechner — incapables de percevoir le bruit d'une chenille qui mange, nous entendons fort bien celui d'une légion de ces insectes en train de dévorer les feuilles; et cependant ce bruit n'est pas autre chose que celui d'une chenille isolée multiplié un certain nombre de fois par lui-même.

Cette valeur, qui doit atteindre l'intensité de l'excitant pour être généralement susceptible, reçoit le nom de *seuil*, parce que l'excitant franchit là en quelque sorte le seuil de la conscience; on lui donne en outre le qualificatif de simple pour la distinguer du « seuil différentiel » qui est la valeur que doit atteindre la différence entre deux excitants pour être perçue soit comme différence entre deux excitants distincts, soit deux états successifs d'un même excitant.

La différence entre deux excitants peut être conçue comme une grandeur *absolue*, ou bien comme une valeur *relative* à l'un des deux excitants. Soit deux poids distincts, l'un de 99 grammes et l'autre de 100, la différence absolue est de 1 gramme: la différence relative un 1/99 par rapport au plus faible des deux poids, et de 1/100 par rapport au plus fort.

Sous la dénomination de « *perceptibilité différentielle* » en entend la faculté de percevoir des différences entre deux excitants de même nature. La perceptibilité différentielle se mesure par la réciproque de la différence relative donnée : on dit que la perceptibilité différentielle est de 1/100 lorsqu'à un excitant la centième partie doit s'ajouter pour pouvoir être perçue en tant qu'accroissement; elle est dans ce cas vingt fois plus considérable que si c'était la plus petite fraction de l'excitant qui dût s'ajouter pour devenir perceptible.

Abordons maintenant la partie expérimentale de la psychophysique. Depuis l'appréciation faite par Fechner de leur importance, les travaux de Weber ne sont pas seulement devenus la base des déductions mathématiques, psychologiques et philo-

sophiques les plus étendus, elles ont aussi provoqué la réunion d'une foule de documents expérimentaux sur la perceptibilité différentielle. — Cette perceptibilité, on l'a solidement établie pour tous les organes des sens dans les conditions normales; on lui a trouvé des valeurs très diverses, suivant la nature de l'organe sensoriel : de 1/100 pour le sens de la vue, elle est de 1/3 pour le sens de la pression, de la température et du son, et de 1/17 pour l'effort musculaire.

Après les différences de *quantité*, celles de *qualité* sont entrées dans le domaine des recherches (par exemple les différences entre tel et tel son chromatique ou musical). On a découvert que la validité de la loi de Weber en général comportait des restrictions de plus d'un genre. C'est ainsi qu'une base expérimentale large et solide a été donnée à la psychophysique.

C'est aussi la partie expérimentale de cette science que nous prendrons comme point de départ, lorsque nous étudierons les lois psychophysiques dans des conditions pathologiques. Nous chercherons non seulement la façon dont ces lois se comportent dans l'organisme malade, mais aussi nous tenterons à déterminer le rapport qui existe entre les modifications des phénomènes psychophysiques et le processus morbide dont elles résultent. Nous croyons ainsi pouvoir justifier notre tentative de *psychophysique pathologique* et revendiquer pour cette science le même droit de cité dans la clinique, que la physiologie pathologique y a conquis déjà depuis bien longtemps.

Ces préliminaires nous ont paru indispensables pour l'intelligence des faits que nous allons exposer maintenant et qui ont trait à la perceptibilité différen-

tielle du sens de la vue chez l'homme sain et malade, en particulier dans les maladies du système nerveux.

(*A suivre.*)

CLINIQUE NERVEUSE

DE L'ÉPILEPSIE PROCURSIVE[1];

Par BOURNEVILLE et P. BRICON.

II. Historique.

L'*épilepsie procursive*, quoique peu commune, a déjà été signalée depuis longtemps; nous avons pu, en effet, en relever un certain nombre d'exemples dans les auteurs de notre siècle et des siècles précédents. D'abord décrite sous le nom d'*epilepsia procursiva*, puis sous celui de *chorea procursiva seu festinans*, elle est enfin classée par les auteurs de la première moitié de ce siècle parmi les chorées, genre vague où entraient et entrent encore un grand nombre de névroses; confondue alors souvent avec la paralysie agitante, on en trouve encore des observations publiées sous les noms de *chorea circumrotatoria*, *rotatoria*, *circumambulatoria*, *saltatoria*, etc. Les *mouvements involontaires* de Wicke, la *musculation irrésistible* de Roth, les *impulsions systématisées* de Jaccoud, les *spasmes*

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, vol. XIII, n° 39, mai 1887, p. 321.

coordonnés[1] de Romberg, etc., etc., sont tous des termes de classification basée sur un ou plusieurs symptômes isolés embrassant également en partie l'ancienne *épilepsie procursive*. C'est à Thomas Eraste[2], à notre connaissance, qu'est due la première observation se rapportant réellement à cette forme d'épilepsie.

OBSERVATION III. — *Début de l'épilepsie à la suite d'une chute. — Tournoiement, puis course; parfois accès ordinaire.*

« J'ai guéri, dit-il, l'année passée, un adolescent qui, étant tombé d'une hauteur considérable et s'étant meurtri la tempe, était sujet, depuis cette époque, à des *accès* d'épilepsie, pendant lesquels il tournait rapidement sur lui-même trois ou quatre fois, puis se précipitait involontairement en avant, si l'on ne l'en empêchait. Avant de tomber, ce qui arrivait du reste très rarement, il se frottait rapidement le visage avec les mains. En revenant à lui, il ne savait rien de ce qui s'était passé. »

Eraste en ces quelques lignes a retracé le tableau exact de l'épilepsie procursive: course en avant, parfois suivie de chute consécutive; frottement de la face, etc. Ajoutons qu'ici, la phase propulsive était précédée d'une rotation.

Nous empruntons l'observation suivante à Bootius[3]. Il en fait précéder l'exposé de quelques réflexions judicieuses qu'il nous semble bon de rappeler. « Plusieurs médecins, dit-il, ont déjà noté que les épileptiques ne tombaient pas toujours dans les accès, que

[1] Les deux observations que Romberg a relatées en entier dans son Traité sont deux cas d'hystérie.

[2] *Comitis montani vicentini noui medicorum censoris quinque librorum de morbis nuper editorum viva anatome: in quâ multa artis medicæ capita accuratissime declarantur* a Thoma Erasto, philosopho et medico. Basillæ, MDXXCI, pars II, p. 195.

[3] Bootius. — *Observationes medicæ de affectibus omissis.* Londini, 1649. *De epilepsiâ procursivâ*, caput sextum.

quelques-uns restaient debout, que d'autres s'asseyaient, ou bien encore exécutaient soit des mouvements de manège, soit des mouvements irréguliers. Il nous paraît intéressant de rapprocher de ces cas ce que nous avons observé sur un enfant de douze ans.»

OBSERVATION IV. — *Enfant de douze ans. Accès procursifs. — Courses accompagnées d'abolition de la vue et de l'intelligence.*

Chaque fois que cet enfant était pris d'un accès, il courait droit devant lui et ne s'arrêtait que s'il rencontrait un obstacle pouvant l'empêcher de poursuivre sa course et sur lequel il se précipitait avec impétuosité. Ni l'eau, ni le feu, ni les précipices ne pouvaient le faire dévier de sa route; on ne l'en préservait qu'en le retenant, car, durant ces accès il ne voyait ni ne comprenait. Il est fort probable que si ces accès se fussent produits en plaine où une plus grande étendue de terrain lui eût permis de courir assez longtemps, il n'aurait pu tomber à terre de toute la durée de l'accès. Mais ce point n'a pu être élucidé par nous, car le malade, toujours retenu dans une enceinte, ne pouvait être pris d'accès qu'à la maison ou dans des cours.»

Dans le cas de Bootius comme dans celui d'Eraste, on ne peut douter qu'il ne s'agisse d'un malade atteint d'épilepsie procursive; mais quoique plus longue que la précédente cette observation est moins complète que celle d'Eraste. On ne saurait classer parmi les cas d'épilepsie procursive, comme l'ont fait ce temps-ci quelques auteurs, l'observation publiée par Tulpius[1]. Il s'agit en effet d'un malade qui courait jour et nuit, si rapidement et avec des mouvements du corps si ininterrompus que la sueur lui coulait de partout; le besoin du sommeil seul l'arrêtait. Il est probable qu'il ne s'agit là ni d'épilepsie procursive ni de chorée, mais bien de paralysie agitante.

[1] Tulpius. — *Observ. méd.* Amsterdam, 1672.

Dans sa *Pratique de médecine spéciale*, Etmüller[1] divise l'épilepsie en trois degrés : le premier comprend l'*absence* et le *vertige ;* le second comprend les cas dans lesquels le « corps est tourmenté par diverses *secousses*, sans la perte du sentiment et de la raison ou avec quelque dépravation de ces facultés »; puis l'auteur ajoute qu'il y a quelques exemples de cette variété d'épilepsie dans la *Pathologie du cerveau* de Willis, dans la *Pratique de Rivière*, dans les *Epîtres* de Timeus, dans les *Histoires* de Salmuth, etc. De ce genre est « l'épilepsie dont parle Bootius (*Traité des affections omises*, ch. VI) d'un malade qui courait durant tout le paroxysme (voir p. 57); et l'épilepsie d'un homme des environs de Leipsick qui ne faisait que pirouetter durant le paroxysme. »

Paullini[2] cite le cas d'un enfant de cinq ans qui ne tombait pas au moment de l'accès mais courait *per lutum et aquam*. Le même auteur avait publié en 1687 une observation qui rentre peut-être dans le cadre de l'épilepsie procursive.

OBSERVATION VI. — *Course suivie le plus souvent de chute. Course après l'accès.*

« Un enfant norvégien (on ne dit pas son âge) courait devant lui environ trente pas, et s'il tombait, ce qui lui arrivait souvent, il se relevait et continuait à courir; puis il s'appuyait

[1] Etmüller. — *Pratique de médecine spéciale de Michel Etmüller sur les maladies propres des hommes, des femmes et des petits enfants*, etc. Lyon, 1691, thèse XXIII. de l'*épilepsie*, p. 531. — Nous n'avons pu consulter quelques-uns des auteurs cités par Etmüller, mais dans la *Pratique de Rivière*, édition française de Lyon, 1692, nous n'avons rien trouvé se rapportant à l'épilepsie procursive.

[2] Paullini. — *Ephemerid. Nat. Curios.*, déc. 3, ann. 3, observ. 181, 1696, p. 313.

contre un mur, ou bien, si l'accès le prenait dans la rue, dans la campagne, il s'arrêtait tout à coup, immobile comme une statue. Au bout d'une heure, il tombait à terre, s'il n'était pas soutenu, poussait de profonds soupirs, versait des larmes et s'endormait. Pendant son sommeil, il transpirait beaucoup ; à son réveil, il se levait de fort bonne humeur, comme si rien ne s'était passé. »

D'après Itard [1], Nicolas Becker aurait publié dans les *Ephémérides des curieux de la nature* le cas d'« une jeune fille qui, à la suite d'une *peur* causée par un orage, était forcée, durant ses *accès,* bien que maîtresse de ses sens, de courir le long des murs de sa chambre ».

Brescon, dans son *Traité* [2] fait une simple allusion au sujet qui nous occupe : « Il y a cependant, dit-il, des auteurs, dont l'un en a vu qui ne tombaient pas, un autre qui restaient debout, d'autres enfin *qui couraient.* »

Welsch [3] ne donne dans sa thèse aucune observation nouvelle d'épilepsie procursive, mais cite un cas qui aurait été rapporté, d'après un autre auteur, par Bootius et qui ne figure pas dans l'ouvrage de ce médecin que nous avons consulté : « A l'épilepsie associée à des phénomènes extraordinaires, se rattache aussi l'*epilepsia cursoria,* dans laquelle les malades courent d'ordinaire jusqu'à ce qu'ils tombent à terre. L'auteur cité par Bootius nous en fournit un exemple ; il s'agit d'un ouvrier forgeron qui, pris d'accès, *se mit à courir comme un fou, se précipita hors de l'atelier et mourut* (?). »

[1] *Ephemer. Natur. curiosor.*, déc. I, observ. 71. — Citation empruntée au travail de Itard.

[2] Brescon (Pierre). — *Traité de l'épilepsie avec sa description, ses différences, ses causes,* etc., 1 vol. in-8. Bordeaux, 1742, p. 2.

[3] Welsch. — *De epilepsiâ.* Iena, 1719, p. 26-27.

Les cas de Sauvages[1] et de Gaubius, de Thilenius, de Wichmann, cités comme exemples de musculation involontaire ou de spasmes coordonnés, nous paraissent se rapporter plutôt à la paralysie agitante qu'à l'épilepsie procursive : tous ces malades étaient âgés de plus de cinquante ans. Les cas de J. Franck[2] et de J. Bernt[3] ne sont pas assez détaillés pour que l'on puisse aussi les ranger parmi les observations d'épilepsie procursive. Le cas de Sagar[4] est plus difficile à interpréter : « Vidi, dit-il, Virum vindobense ultra 50 annos natum qui invitus cucurrit, nec capax erat directionem mutandi vel deviandi obstacula qui simul ptyatismo laboravit. » — Caillau[5] a rapporté en 1797 le fait suivant :

Observation VII. — *Course, puis chute.*

Un citoyen, âgé de soixante-cinq ans, ne marchait pas, il courait, ayant l'air d'un homme qu'on poursuit et qu'on force à courir; sa démarche était égale, quoique précipitée, élevant ses jambes alternativement d'une manière assez uniforme. Ce mouvement singulier, qu'il est impossible de bien caractériser, se prolongea durant tout l'intervalle qui existe entre 3-4 arbres de la plantation de Fourny. Ce citoyen arrêta enfin sa course; mais, dans ce moment, il tomba au pied d'un arbre; il

[1] Ces cas se trouvent rapportés sur le nom de Scelotyrbe festinans, danse de Saint-Guy précipitée.

[2] J. Franck. — *Traité de Pathologie interne*, trad. de Bayle. Paris, 1838, t. III, p. 336. — L'auteur dit en note avoir vu plusieurs fois des cas semblables à celui de Bootius. — Dans la note suivante, il cite un enfant de onze ans qui tournait en rond avant de tomber. — Voir aussi à l'article *Chorée*, p. 824, l'observation rapportée à la note 29.

[3] Bernt. — *Monographia sancti Viti*. Prague, 1810, p. 25.

[4] Sagar. — *Systema morborum symptomaticum*. Vindobenæ, 1763, pars II, p. 121.

[5] Caillau. — *Journal de santé et d'histoire naturelle*, par le citoyen Capelle. Bordeaux, vol. I, p. 118, an V.

n'en résulta d'autre blessure qu'une légère excoriation à la joue droite.

Deux spectateurs l'aidèrent sur-le-champ à se relever et à se traîner vers un des sièges de cette promenade; je m'approchai de lui et, lorsqu'il eut repris ses sens, je lui fis plusieurs questions, auxquelles il répondit avec beaucoup de netteté et de jugement. Il m'apprit qu'il n'avait éprouvé la première invasion de cette maladie, sur un grand chemin, que quelque temps après avoir été guéri de douleurs rhumatismales, qu'il en avait déjà ressenti plusieurs accès, que dans le moment de l'invasion *il éprouvait une violente démangeaison de prendre sa course, qu'il ne pouvait retenir cette ardeur, et qu'une chute terminait toujours cet accès.* Il demeura un quart d'heure assis, un citoyen l'aida ensuite à se conduire chez lui; je le suivis jusqu'au bout de la rue Sainte-Catherine; il s'arrêtait de temps en temps pour s'appuyer contre la muraille; le désir de précipiter ses pas ne l'aiguillonna point une seconde fois, car il pouvait à peine se traîner vers sa demeure.

Dans ce cas, il semble difficile de déterminer si l'on avait affaire à une *aura procursive* ou à un véritable accès d'épilepsie procursive, car l'auteur se borne à dire que la course se terminait par une chute, sans indiquer si, au moment de la chute il y avait ou non des convulsions. La description des phénomènes présentés par le malade ne laisse du reste aucun doute sur la nature épileptique de l'affection.

Au commencement de notre siècle, Hufeland[1] publiait dans son *Journal* une nouvelle observation d'épilepsie procursive.

Observation VIII. — *Accès spasmodiques à dix ans, guéris en peu de jours. — Nouveaux accès à treize ans : nonchalance; inappétence, difficulté de la parole; — course, parfois saut, sans perte de connaissance. — Traitement par les sels de zinc.*

C. D..., âgé de treize ans, d'une santé assez bonne, s'étant

[1] *Journal de Hufeland,* juin 1811, vol. XXXII, p. 88.

refroidi à l'âge de dix ans, avait été attaqué d'*accès spasmodiques* qui avaient été guéris en peu de jours. Depuis deux mois et demi environ, il était retombé malade. On remarqua d'abord chez lui de l'indifférence pour toutes choses et une si grande nonchalance qu'il lui répugnait de faire ce qu'il aimait le mieux. Cet état ne dura pas longtemps.

L'appétit disparut, la parole devenait quelquefois inintelligible, quelquefois il était incapable de prononcer certains mots. On observa des contractions de la face; au moindre effort pour les comprimer survenaient des mouvements involontaires de la mâchoire inférieure, des tressaillements dans le bras droit et dans le côté gauche du corps. La maladie s'exacerba ainsi de jour en jour, jusqu'à ce qu'elle occupât tout le corps. Lorsque l'enfant entra à l'hôpital, elle se caractérisait ainsi :

Regard fixe, timidité, grimaces, mouvement anormal des mâchoires et de la langue ; quelquefois parole embrouillée ou même impossible. Balancement de la tête, tressaillement des muscles du cou, et mouvements involontaires, anormaux, de tout le corps, en sorte que le malade ne pouvait rester quelques minutes seulement en repos, quelque effort qu'il fît. *Souvent il était obligé de courir rapidement d'une place à une autre*, sans pouvoir se retenir, d'autres fois de sauter. Il savait parfaitement ce qu'il faisait, et il pouvait de même se rappeler le passé. Toutes les fonctions étaient d'ailleurs peu troublées, à l'exception de l'appétit.

Depuis le commencement jusqu'à la fin du traitement, le malade ne reçut que du *zinc*, d'abord l'oxyde de zinc, 5 centigrammes trois fois par jour ; puis, au bout de trois jours, la même dose une seule fois par jour. Aucune amélioration ne se faisant remarquer au bout de deux jours, on augmenta la dose, qu'on porta progressivement jusqu'à 40 centigrammes : l'amélioration fut sensible. Après quinze jours de traitement, les mouvements involontaires avaient entièrement disparu; il ne restait plus qu'un peu de difficulté à mouvoir le bras gauche et un peu de bégaiement. La dose fut portée à 80 centigrammes, mais il éprouva des malaises qui forcèrent à redescendre à 60 centigrammes. Au bout de huit jours, l'état du bras s'était aussi amélioré : il ne restait plus que le bégaiement. On remplaça alors le zinc pur par le sulfure de zinc, 10 centigrammes par jour en solution aqueuse, à doses ascendantes. Arrivé à 30 centigrammes par jour, cinq semaines après le

commencement du traitement, le malade fut parfaitement guéri.

Cette observation paraît plutôt appartenir à un cas de chorée; seuls la *course* et le *saut* ne s'accordent pas avec les phénomènes ordinaires de la chorée et sont susceptibles d'être rattachés à l'épilepsie procursive. Il est difficile de se prononcer et le doute est légitime. Quelques années après cette publication, Lau[1] consignait dans le même recueil le fait ci-après.

Observation IX. — *Enfant de quinze ans.*

Henri S..., âgé de quinze ans, a souffert pendant la dentition de *spasmes*, d'éruption à la tête, de vers, et surtout de scrofules. Les glandes abcédèrent, à l'âge six ans, guérirent très lentement et laissèrent au cou d'assez grandes cicatrices. A dix ans, il fut pris d'une fièvre nerveuse; à quatorze ans, à l'exception des vers, sa santé était assez bonne; mais exposé aux intempéries des saisons, il se plaignait de douleurs dans les membres, auxquelles une fièvre se joignit plus tard; les douleurs dans les membres cessèrent, et il se crut parfaitement guéri. La maladie avait en effet disparu, mais pour revenir huit jours après, sous une forme dangereuse, sous celle de *spasmes* dans le bras et dans le pied gauche, légers d'abord, plus violents ensuite, en sorte que, le 18 février 1822, il fut obligé d'entrer à l'institut clinique de Berlin. Voici quel était son état :

Taille élancée, air de santé, mouvements précipités et anxieux, pouls petit, contracté, spasmodique ; respiration un peu embarrassée; parole bégayante, incompréhensible, à peine perceptible ; le malade ne pouvait tenir en repos la langue qui lui sortait de la bouche; mais il était obligé de la remuer involontairement de droite à gauche, en avant, en arrière ; le bras et le pied du côté gauche ne discontinuaient non plus de remuer. Voulait-il prendre quelque objet avec la main, c'était toujours par un mouvement circulaire qu'il y parvenait, et s'il

[1] Lau. — *Hufeland's Journal*, vol. L, VII, décembre, p. 61, 1823.

le tenait pendant quelque temps, il le laissait bientôt échapper involontairement. En marchant, il décrivait toujours un arc avec le pied gauche, tournant le poing en dehors, et, debout, il lui était absolument impossible de le tenir en repos ; il ne cessait de l'agiter. Au dire de la mère, ces mouvements convulsifs étaient par moments si violents, que le bras était surtout violemment soulevé, puis retombait, absolument comme pour atteindre un objet élevé. Dans cet état, le globe gauche de l'œil, disait-elle, roulait dans son orbite, agité d'un mouvement convulsif, la tête se penchait du côté gauche, *le malade courait du haut en bas de l'escalier et remontait à pas très précipités*, ne pouvant, dans sa hâte, régler ses mouvements. Si on le maintenait fortement, les mouvements se changeaient en tressaillements, et le malade était en proie à une grande agitation anxieuse. Cet état, du reste, n'était accompagné d'aucune espèce de malaise ; le malade riait, était sobre de paroles, mais il possédait sa connaissance. Au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure de *paroxysmes*, les mouvements convulsifs s'affaiblissaient et ils finissaient par se changer en simples tressaillements des muscles du bras et du pied du côté souffrant. Ce tressaillement ne le quittait jamais cependant, non plus que le tremblement de la langue, et la parole était toujours incompréhensible. Toutes les autres fonctions étaient normales, et les muscles du côte droit parfaitement soumis à la volonté.

L'intelligence et la mémoire étaient très faibles chez ce jeune homme. Le rhumatisme supprimé fut regardé comme la cause de la maladie. On administra l'extrait d'aconit et de gayac comme sudorifique sous la forme de poudre, après avoir administré d'abord un laxatif de *calomel* et *jalap* et un *électuaire anthelmintique*. Le malade ne rendit pas de vers ; le sudorifique fut continué, depuis le 21 février jusqu'au 20 mars, à doses ascendantes ; il parut un exanthème miliaire et des furoncles au bras et au dos, et la guérison s'ensuivit.

Cette observation qui se rapproche de la précédente nous paraît concerner un cas de chorée avec accidents procursifs concomitants. Nous l'aurions même écartée s'il ne nous avait paru intéressant de la mettre en regard de celle d'Hufeland et de montrer combien il

est parfois difficile, par suite de renseignements incomplets, et d'un examen insuffisamment prolongé, de porter un diagnostic précis.

Les *Archives générales de médecine* ont inséré en 1825 un travail très intéressant d'Itard[1] contenant un très grand nombre d'observations. Parmi elles, deux peuvent se rapporter à l'épilepsie procursive.

OBSERVATION X. — *A cinquante ans, course sans perte de connaissance; abattement, sueur et sécrétion abondante d'urine consécutifs. Nouveaux accès procursifs.*

Un homme de cinquante ans était en voyage et venait de quitter sa chaise de poste pour faire quelques minutes d'exercice à pied, quand, *tout à coup, il sentit que le mouvement de ses jambes s'accélérait malgré sa volonté et que ce mouvement rapide, qui l'entraînait droit devant lui*, l'écartait de la direction du chemin qui faisait un détour en cet endroit, et se trouvait d'un côté bordé de précipices. La terreur que lui causait un mouvement si extraordinaire et le danger visible qu'y ajoutaient les localités le frappaient vivement; il voyait bien, ainsi qu'il le racontait lui-même, fort plaisamment, qu'il courait à sa perte; mais, *poussé par une force supérieure à sa volonté, il ne pouvait ni s'arrêter, ni se détourner, ni se jeter par terre*, ainsi qu'il en eut successivement l'idée. Heureusement qu'après avoir franchi diagonalement la partie tournante du chemin à quelques pouces du précipice, il se trouvait en suivant toujours la même direction courir parallèlement à la route, ce qu'il aurait pu faire sans danger pendant plusieurs minutes. Mais presque aussitôt, l'*accès*, après avoir duré à peu près deux minutes en tout, se termina sans autre circonstance notable qu'un *grand sentiment de faiblesse, une sueur générale et une sécrétion abondante d'urine*. Quelques heures après, il n'éprouvait plus le moindre ressentiment.

Deux nouveaux accès, peu de temps après, à un intervalle de quelques semaines, lui survinrent dans les promenades

[1] Itard. — *Mémoire sur quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion, de la préhension et de la voix.* (*Archives générales de médecine*, 1825, 3e année, t. VIII, p. 385-407.)

publiques; il resta, malgré l'usage des sangsues (tous les mois douze au fondement), des bains de gélatine, de ventouses *sèches* le long de l'épine, de la valériane en poudre à la dose de deux gros par jour, dans le même état, conservant toutes ses forces et ses facultés mentales.

OBSERVATION XI. — *Homme de soixante ans, sujet depuis quelque temps à des vertiges. — Course sans perte de connaissance. — Hébétude consécutive, trois jours après, embarras de la parole. — Mort le sixième jour après deux nouvelles attaques convulsives.*

M. de la F., âgé de soixante ans environ, ayant le cou assez court, mais peu d'embonpoint et le visage peu coloré, m'entretint, dans un dîner, fort au long, de *bourdonnements d'oreille, d'étourdissements* auxquels il était sujet depuis quelque temps. Huit ou dix jours après cet entretien, par une température très froide à l'ombre et brûlante au soleil (c'était en mai 1819), ayant passé quelque temps aux Tuileries, immobile et exposé au soleil sous les fenêtres du roi, il fut pris d'un de ces étourdissements qu'il éprouvait depuis quelque temps. Il cherche à le dissiper en se dirigeant vers un banc pour y reposer quelques instants. Remis incomplètement de cette indisposition, il se lève pour quitter le jardin et rentrer chez lui. Mais, après avoir fait quelques pas pour gagner doucement la grande allée, il s'aperçoit que *sa marche s'accélère malgré lui et qu'il lui est impossible, soit de la ralentir, soit de la diriger ou de s'arrêter.* Ainsi poussé devant lui, *plutôt courant que marchant*, avec la parfaite connaissance de son état, du danger immédiat qu'il lui faisait courir, et de la curieuse attention dont il était devenu l'objet; il était parvenu non loin du grand bassin où il se serait infailliblement jeté, s'il n'eût été reconnu par un de ses amis attiré par la foule dont il commençait à être suivi. Cet ami vint à lui, le saisit dans ses bras, le conduisit avec beaucoup de peine sur une chaise, et, après quelques moments, dans une voiture de place. Arrivé chez lui, le malade put, quoique fort lentement, monter à son appartement, diriger à sa volonté le mouvement des jambes, mais qu'il sentait et qu'on voyait manifestement être faibles et tremblantes. Il lui restait aussi beaucoup d'*abattement moral* ou plutôt de cette *torpeur stupide qui succède aux violents accès d'épilepsie.* Elle était dissipée le lendemain. Le troisième jour, la parole s'em-

barrassa; le sixième, le malade succomba après deux courtes attaques de convulsions. Le cadavre ne fut point ouvert.

Serres[1] parle, à propos des maladies de la protubérance, de deux hommes observés l'un en 1822, l'autre en 1825, qui, « au moment de l'attaque ressentirent une douleur des plus vives, poussèrent des cris et coururent devant eux comme pour éviter un grand danger. Ils tombèrent au bout de cent pas environ. Chez tous les deux, la tendance à se porter en avant avait été spontanée. A l'autopsie, chez tous les deux aussi, on constata que la protubérance avait été détruite dans toute sa profondeur ».

Les trois cas de Toulmouche[2] cités par Roth dans son chapitre sur la *musculation irrésistible*, ne nous paraissent pas se rapporter à l'épilepsie procursive et nous les laissons de côté. Semmola[3] a relaté, en 1834, sous le nom d'*epilepsia dromica* et *trochaica*, l'histoire d'un malade atteint d'épilepsie procursive.

OBSERVATION XII. — *Début des accès procursifs à onze ans. — Aura. — Courses en ligne droite avec perte de connaissance. — Transformation de ces accès en accès ordinaires.*

Un jeune homme de vingt-six ans, né de parents sains, d'une constitution très irritable, fut attaqué dans sa onzième année, d'une forme particulière de convulsions, dont les accès avaient lieu tant le jour que la nuit. Il poussait des cris violents et perdait subitement connaissance. Puis il se mettait à *courir en ligne droite devant lui avec une rapidité incroyable*,

[1] Serres. — *Anatomie comparée du cerveau*, t. II, p. 634. Paris, 1828.

[2] Toulmouche. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1833, vol. II, p. 371.

[3] Semmola. — *Sopra due mallatie non ancora descritta* (c'est du moins ce que croyait l'auteur). Napoli, 1834, p. 6. — Nous n'avons pu trouver cette brochure; mais Roth, puis Berger ont publié l'observation complète.

ne se détournant ni à droite ni à gauche, et ne se laissant arrêter par aucun obstacle, à moins qu'il ne fût insurmontable. Il arrivait quelquefois que, saisi d'un paroxysme au pied de l'escalier, il montait en ligne droite avec une rapidité incompréhensible. Si on ne l'arrêtait pas, il courait ainsi pendant quelques secondes à la distance de vingt ou trente pas. Alors il restait tout à coup tranquille, la connaissance lui revenait; son visage se colorait d'un rouge vif, il ne se rappelait pas de ce qui s'était passé, seulement il prétendait avoir ressenti, peu de temps avant la perte de connaissance, une bouffée de chaleur lui montant des pieds à la tête, le long de la colonne vertébrale.

Pendant sept ans, les accès se renouvelèrent une ou deux fois par jour à des intervalles irréguliers, après quoi la maladie changea de forme. Au début de l'accès, le malade tombait à terre, se roulait en ligne droite dix ou douze pas autour de son axe longitudinal, au milieu de cris continuels et avec perte complète de la connaissance. Le malade n'est pas encore guéri. Les paroxysmes de cette dernière forme reviennent plus fréquemment la nuit, et il se passe peu de jours sans qu'ils se renouvellent. Tous les médicaments employés ont échoué.

Cette observation, des plus intéressantes, peut être rapprochée de celle de Grand... (voir t. XIII, p. 323): même course rapide en ligne droite, même fréquence des accès, puis même transformation de l'épilepsie procursive en épilepsie ordinaire, enfin même insuccès des divers traitements employés[1].

Nous devons citer maintenant une observation de Bérard aîné[2], concernant un malade atteint de *phéno-*

[1] Le professeur Semmola, dans une lettre qu'il nous adressa à ce sujet le 28 mai 1882, paraît ignorer complètement la publication que fit son père de cette affection. « J'ai fait allusion, dit-il, dans une leçon clinique, à cette espèce d'épilepsie propulsive, en soutenant qu'il n'y avait pas lieu de considérer cette forme clinique comme appartenant à l'épilepsie. »

[2] Bérard aîné, citation d'Olivier d'Angers, *Traité des maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 143. Paris, 1847.

mènes procursifs ayant précédé de cinq heures le décès. L'autopsie qui l'accompagne en fait surtout l'intérêt.

Observation XIII. — *Course, puis chute avec perte de connaissance. — Hémorrhagie protubérantielle.*

Un homme étant à travailler se plaint tout à coup d'un bourdonnement d'oreilles. Quelques instants après, une douleur vive lui arrache des cris, *il se met à courir comme pour échapper au danger qui le menace*, tombe bientôt, et présente les symptômes qui suivent : perte complète de connaissance; immobilité sans dilatation des pupilles, qui sont égales en diamètre; immobilité du globe de l'œil; bouche entr'ouverte, et sans torsion apparente; quelques mouvements dans la langue sans déviation permanente de sa pointe. Mouvements respiratoires fréquents, irréguliers, par moments stertoreux. Les ailes du nez se contractent convulsivement avec les muscles de la respiration. Deux fois il y a eu éternuement violent, pendant lequel le malade, qui était couché sur le dos, s'est courbé en avant. Les membres sont dans un état de roideur qu'on peut surmonter assez facilement. Cette contraction, pendant laquelle les bras sont contournés dans la rotation en dedans et les pouces fortement fléchis, n'est pas entièrement permanente. La contraction des muscles du cou n'est pas non plus assez énergique pour empêcher la tête d'obéir aux lois de la pesanteur. Les seuls signes de la sensibilité générale furent un mouvement convulsif du bras droit au moment où l'on pinça la peau de ce membre, et un mouvement semblable au moment où l'on incisa les téguments en pratiquant une saignée. Le malade succomba cinq heures après l'invasion des premiers accidents, et ne fut pas observé pendant les deux dernières heures. — A l'examen du cadavre, on trouva la protubérance cérébrale changée en une poche remplie de sang en partie coagulé et mêlé à quelques débris de substance nerveuse ramollie et colorée par ce liquide.

De cette observation, nous ne retiendrons, pour l'instant que, les *phénomènes procursifs* qui paraissent avoir été occasionnés par l'*hémorrhagie protubérantielle;* nous aurons lieu plus tard, au chapitre de l'*Anatomie*

pathologique, de revenir sur ce cas et de l'interpréter. En 1855, M. Moynier[1] dans sa thèse inaugurale, donne une observation d'une malade épileptique présentant une aura procursive.

Observation XIV. — *Fille âgée de dix-sept ans. — Mère et tante maternelle épileptiques. — Vertiges et mouvements convulsifs dès l'enfance, puis accès. — Aura procursive. — Chorée.*

B... (Louise-Laurence), née à Paris, âgée de dix-sept ans. Ayant perdu sa mère à l'âge d'un an et demi, a été élevée par les sœurs de Notre-Dame. On nous raconte que déjà elle avait des mouvements nerveux dans les lèvres; dès sa plus tendre enfance, elle a eu des étourdissements; on fut obligé de la placer à l'Enfant-Jésus; là, ses étourdissements ou plutôt ses vertiges ont augmenté; elle perdait connaissance, poussait de grands cris, mais c'est à cette époque que les personnes qui prenaient soin de cette jeune fille font remonter ce qu'elles appellent le grand mal. L'enfant pousse un cri aigu, perd connaissance, s'agite un instant, puis ses membres deviennent le siège de fortes secousses. Ces accès ont une certaine intensité; avant qu'elle fût réglée, elle n'avait ses attaques qu'une fois par mois; elles se renouvelaient pendant deux ou trois jours; mais depuis que ses règles sont établies, les attaques sont plus fréquentes; d'abord tous les huit jours, puis une, deux ou trois fois par semaine; enfin, depuis deux mois, c'est-à-dire depuis l'apparition d'accidents choréiques qui constituent aujourd'hui l'élément dominant de la maladie, ses accès se montrent tous les jours ou même plusieurs fois par jour. La malade dit qu'elle est prévenue de la prochaine arrivée d'une attaque par un *sentiment irrésistible qui la pousse à courir; elle fait alors plusieurs fois le tour de la salle, pousse des cris, comme si elle cherchait à éviter un danger, ou comme si elle était poursuivie.* Elle ne peut nous expliquer les sensations qu'elle éprouve dans ces moments. Toujours est-il que cette sorte d'aura est un avertissement pour les personnes qui la surveillent et qui peuvent ainsi se rendre auprès d'elle afin de prévenir une chute qui pourrait être dangereuse. Ces acci-

[1] Moynier. — *De la chorée,* observ. IV, p. 27, 1855.

dents d'ailleurs surviennent sans cause occasionnelle. Après l'accès, elle éprouve du malaise et de la courbature.

Depuis deux mois, une nouvelle affection s'est montrée. Le 8 décembre 1850, la jeune B..., après une nuit assez tranquille, s'est réveillée agitée par un *tremblement choréique* occupant plus spécialement certaines parties du corps. Pendant les jours qui ont précédé cet accident, elle a eu très souvent ses accès, ses idées étaient troublées, elle travaillait moins bien que d'habitude. La journée du 7 décembre s'était passée sans rien de remarquable ; la nuit avait été calme ; à son réveil, la malade s'est trouvée toute drôle (c'est son expression), son bras gauche ne pouvait rien saisir avec précision, tous les mouvements étaient irréguliers, involontaires ; au dire de la malade, le membre gauche était refroidi, surtout les doigts ; ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle éprouvait dans ce membre une sensation de froid.

Les secousses se sont étendues rapidement à tout le côté gauche de la face et du corps ; pendant huit à dix jours, les accidents se sont bornés là ; puis la jambe droite a été prise, enfin le bras et tout le côté droit ont été agités à leur tour ; mais les accidents ont été toujours plus intenses du côté gauche que du côté droit. Et maintenant encore (trois mois après le début) on constate une différence entre les accidents des deux côtés du corps. La maladie a fait de rapides progrès ; tous les membres sont agités de mouvements désordonnés, tous les muscles sont le siège de contractions irrégulières ; la marche est gênée, difficile, saccadée ; aussi la malade reste-t-elle ordinairement assise ; les mains saisissent les objets avec difficulté. Si on se fait serrer la main par la malade, on sent qu'elle ne le peut pas faire d'une manière uniforme ; les mouvements sont saccadés ; par moments, les doigts n'obéissant plus du tout à la volonté, elle ne peut pas serrer du tout ; la parole est brève, saccadée, quelquefois impossible ; les lèvres, les paupières, la face, en un mot, sont toujours grimaçantes ; les fonctions de nutrition se font bien ; cependant la maigreur est extrême.

Il n'y a rien de régulier dans la marche de la chorée ; certains jours, la malade est tranquille ; dans d'autres, elle est très agitée, cela sans cause appréciable. Les *accès d'épilepsie* n'ont aucune influence sur la danse de Saint-Guy et réciproquement. Depuis l'apparition de la chorée, l'épilepsie ne s'est

en rien modifiée ; la menstruation a été supprimée, malgré toute espèce de remède depuis deux époques.

L'épilepsie et peut-être la chorée trouvent chez cette enfant une cause dans l'hérédité. Sa mère était épileptique, et, au rapport d'une de ses tantes, elle aurait eu des mouvements irréguliers des muscles de la face et des membres. Une de ses tantes, du côté de sa mère, a eu aussi des attaques d'épilepsie.

Quant aux causes de la chorée, M. Bastien, à qui est due l'observation, se demande si elles tiennent aux accès plus fréquents d'épilepsie, à la suppression des règles ; ou si la difficulté de la menstruation serait au contraire causée par ce nouvel élément morbide ; ou si tous ces accidents ne sont là que comme coïncidence. — Tous les traitements ont échoué contre l'épilepsie et aussi contre la chorée. A la fin de l'année 1851, la jeune fille n'avait encore éprouvé aucune amélioration.

L'*épilepsie* s'accompagna ici de *chorée* qui ne survint que longtemps après le début des accès épileptiques. Cette observation nous fournit un bel exemple d'accès précédés d'une aura procursive. — Le cas suivant a été publié par Romberg[1] dans son *Traité des maladies nerveuses*.

OBSERVATION XV. — *Homme de soixante-onze ans. — Céphalalgies et vertiges. — Hémiplégie gauche. — Accès procursifs de plus en plus fréquents; mort. — Hémorrhagie de la capsule interne avec irruption dans le ventricule latéral gauche.*

Un homme de soixante-onze ans, qui avait souffert auparavant de maux de tête et de vertiges ; et qui, déjà une fois, était tombé sans connaissance au milieu de la rue, éprouva au mois de juillet 1836 une nouvelle attaque de paralysie du côté gauche de la face avec perte du sentiment de la jambe gauche, et, bientôt après, il ressentit une grande *propension du corps à se précipiter en avant*. Pour mieux l'observer, le docteur Friedheim l'accompagnait souvent à la promenade. Ils marchaient paisi-

[1] Romberg. — *Lehrbuch der Nervenkrankeiten der Menschen; Der Lehre der Motilität-Neurosen*, p. 630, *Schwindelbewegungen mit Impuls nach der Längenaxe. I, Nach Vorn.* Berlin, 1857.

blement l'un à côté de l'autre pendant cinq ou dix minutes, puis le malade hâtait tout à coup le pas, et il finissait par *être saisi d'un si violent accès de propulsion* qu'il fallait s'empresser de le saisir et le contenir avec force.

Dans les derniers mois de sa vie, le malade eut des accès beaucoup plus fréquents, même en se promenant dans la chambre, et il raconta, ce que ses parents confirmèrent, que si au moment où il perdait l'équilibre, il voulait saisir un objet pour se retenir, comme par exemple un arbre, il devait encore *tourner involontairement* deux ou trois fois autour après l'avoir saisi. Il mourut le 24 mars 1837.

Autopsie. — A l'examen du *cerveau* fait par M. Henle, on trouva la substance cérébrale solide, compacte, gorgée de sang, et dans le ventricule latéral gauche, un épanchement assez considérable d'un sang noir, coagulé, qui avait pénétré de l'hémisphère voisin par une déchirure pratiquée entre les couches optiques et les corps striés. Le *corps strié* droit présentait une excavation longitudinale étroite, revêtue d'une membrane brun foncé et entourée de substance cérébrale un peu dure. Le réseau vasculaire à la base du cerveau était en grande partie incrusté.

Ce cas, comme le précédent, est surtout intéressant en raison de l'autopsie qui l'accompagne. Nous citerons encore, parmi les observations parues dans la première moitié de notre siècle, c'est-à-dire durant une période où l'on considérait les accidents que nous étudions comme appartenant à la *chorée*, le cas de Salgues (de Dijon)[1].

OBSERVATION XVI. — *Début à trois ans et demi. — Accès procursifs fréquents et quotidiens. — Traitements divers.*

Une petite fille de trois ans et demi, à la suite d'une vive frayeur, fut frappée des accidents propres à la chorée. A neuf ans, cette maladie n'avait point cessé. Elle n'avait été suspendue, pendant cette période de plus de cinq ans, que pendant six

[1] Salgues. — *Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1827, p. 168.

mois, suspension, d'ailleurs, dont la cause est restée inconnue. La chorée de cette enfant était généralement caractérisée par des *mouvements précipités qui l'entraînaient violemment à courir*, la malade ne s'arrêtait que lorsque ses jambes se croisant, rendaient ainsi toute locomotion impossible. Alors elle se renversait fortement en arrière, puis en avant, imitant parfaitement l'inclinaison que donnent au torse l'opistothonos et l'emprosthotonos. Ces phénomènes morbides se présentaient sous la forme de courts *accès*, revenant un grand nombre de fois dans la journée, et dans l'intervalle desquelles les membres étaient souvent un peu agités.

Cette affection avait été combattue jusqu'alors à l'aide de la *valériane*, de l'*oxyde de zinc*, de quelques *purgatifs*, et des *bains froids;* le tout en vain. Lorsque la jeune malade entra à l'hôpital de Dijon, on tenta derechef l'oxyde de *zinc à dose perturbatrice*, puis les *affusions froides* dans toute la longueur du rachis; puis les *bains de Barèges*, secondés de *frictions narcotiques* et *éthérées* sur l'épine dorsale; le tout sans succès. *Deux forts purgatifs*, répétés coup sur coup, ne réussirent pas mieux. Enfin, en désespoir de cause, M. Salgues eut recours à l'*émétique à haute dose;* chaque jour, pendant huit jours, l'enfant prit trente centigrammes de tartre stibié en potion. La première dose décida une très forte perturbation avec vomissements et diarrhée abondante. Les autres, parfaitement tolérées, ne produisirent aucun effet apparent, si ce n'est de l'anorexie et la cessation complète de tous les accidents caractéristiques de la chorée. Le quatrième jour de cette médication on posa dix *sangsues* sur les parties latérales du cou, dans le but de détruire une légère *hypérémie encéphalique*. Le résultat en fut bon, et, finalement, la malade est aujourd'hui parfaitement guérie.

Les phénomènes observés ne permettent pas de conclure avec l'auteur que sa malade était atteinte de chorée. La longue durée de la maladie, les accès procursifs fréquents, les accidents tétaniformes qui les accompagnaient, la rémission même observée, etc., parlent en faveur de l'épilepsie procursive. Nous ajouterons qu'il serait téméraire de croire avec Salgues à

la guérison de sa malade ; l'observation sous ce rapport est absolument incomplète.

Nous ne pouvons que mentionner l'observation de Roth ; l'auteur n'a pas observé sérieusement le malade qu'il n'a jamais interrogé et qu'il avait eu seulement l'occasion de voir dans la rue. Sa description d'ailleurs écourtée ne permet guère d'en tirer des conclusions certaines.

Dans la seconde moitié de ce siècle, les phénomènes procursifs sont de nouveau considérés par tous les auteurs comme relevant de l'épilepsie. Voici d'abord un cas de Trousseau [1].

Observation XVII.

Il s'agit d'un architecte de Paris, qui, épileptique depuis longtemps, ne craint pas de monter sur les échafaudages les plus élevés des maisons en construction. Il n'ignore point cependant que ses accès se sont déclarés souvent alors qu'il marchait ainsi sur des planches étroites, situées à une assez grande hauteur. Jamais il ne lui est arrivé d'accident. Au moment de sa crise, on le voit *courir précipitamment* sur les échafaudages, prononçant ou plutôt criant son nom d'une voix haute et brève. Un quart de minute après, il reprend son travail, se remet à parler à ses ouvriers, à leur donner ses ordres ; mais si on ne le lui disait, il n'aurait aucune idée de l'acte singulier auquel il vient de se livrer.

Ce cas appartient incontestablement à l'épilepsie procursive ; il est généralement considéré par les auteurs modernes comme étant le premier exemple connu de cette forme de l'épilepsie. M. Hammond [2] relate deux observations dans son *Traité*.

[1] Trousseau. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* 4e édition, 1873, t. II, *épilepsie*, p. 112.

[2] Hammond. — *Traité des maladies nerveuses ;* traduction française, 1876, p. 785.

Observation XVIII. — *Accès ordinaires d'épilepsie. — Accès procursifs accompagnés parfois de sauts ou de rotation et d'un cri inarticulé particulier.*

J. H..., atteint d'épilepsie, vint me consulter dans l'été de 1869. Les accès habituels étaient parfaitement développés, mais dans deux circonstances ils présentèrent un tout autre caractère. Une première fois on le vit, pendant qu'il surveillait ses ouvriers, porter la main à la tête et *prendre ensuite subitement sa course vers une haie*, au-dessus de laquelle il sauta avec légèreté. Après avoir franchi cet obstacle, il se trouva dans l'arrière-cour d'une maison voisine de la sienne, il y prit un bâton et frappa avec violence à la porte et aux fenêtres. Tandis qu'il se livrait à ce singulier exercice, il fut surpris par plusieurs hommes, saisi et maintenu malgré les efforts désespérés qu'il fit pour se dégager. Il était encore entre leurs mains quand il revint à lui, mais il ne se souvenait de rien de ce qui s'était passé après qu'il avait porté les mains à sa tête; ce geste avait été provoqué, suivant lui, par une douleur violente, accompagnée de vertige. La durée de cet accès n'avait pas dépassé trois minutes.

Dans une autre circonstance, il avait été pris de douleurs et de vertige, pendant qu'il était en train de payer une note à un marchand de charbon. Il se précipita dans la rue et commença à tourner rapidement sur lui-même. Il fut saisi et maintenu jusqu'à ce qu'il reprit sa connaissance. Cette attaque dura environ quatre minutes.

Outre cet accès, il en eut un autre semblable dans mon cabinet de consultation. Il devint subitement très pâle, son regard fixe, et ses pupilles oscillèrent. Il se leva soudain de sa chaise, saisit un instant le rebord de la cheminée, et puis *se mit à courir en tous sens* dans mon cabinet en agitant les bras, et en poussant un cri inarticulé tout particulier. Je me gardai bien de l'arrêter dans sa *course précipitée*, et en moins de deux minutes il se calma. Pendant toute la durée de cet accès, sa face était pâle, et à la fin les pupilles étaient dilatées. Il ne se rappelait rien de ce qui était survenu après qu'il s'était levé de sa chaise, mais il se souvenait cependant avoir été pris de vertige à ce moment-là.

Dans ce cas, le malade avait des *accès ordinaires* et des *accès procursifs*, ceux-ci accompagnés parfois de

sauts et de mouvements rotatoires, tous phénomènes qui se trouvent parfois associés dans ces sortes d'accès. Le cri inarticulé sur lequel l'auteur ne s'appesantit pas pourrait peut-être être attribué, comme chez Grand..., à un tremblement des lèvres. (Obs. I, t. XIII, p. 323.)

Observation XIX. — *Epilepsie procursive sans accès ordinaires. Courses inconscientes.*

Dans un autre cas, il s'agissait d'une petite fille amenée à ma clinique de l'hôpital Bellevue pendant l'été de 1869. Elle venait de faire une chute et s'était violemment contusionné le crâne contre un tas de vieille ferraille. A la suite de cet accident, les os de la voûte cranienne furent atteints de nécrose et une partie de la table externe fut éliminée par exfoliation.

Les parents nous racontèrent que, pendant qu'elle était à l'école, elle se dressait subitement sur ses pieds et faisait plusieurs fois le tour de la classe. Elle n'avait pas sa connaissance et semblait absolument insensible à tout ce qui se passait autour d'elle. Dès que l'accès était passé, elle retournait à sa place. La durée de l'attaque n'excédait pas une minute et il n'y avait ni excitation ni délire.

Cette seconde observation de M. Hammond est un cas d'épilepsie procursive pure; il aurait été intéressant de suivre cette malade, d'avoir une description plus précise des caractères de l'accès et de savoir si ses accès se seraient par la suite modifiés.

Dans son article sur l'*épilepsie*[1], M. Nothnagel, après avoir fait remarquer que « quelquefois les convulsions manquent entièrement et sont remplacées par des *mouvements ambulatoires* et des *courses* », cite briève-

[1] Nothnagel. — *Epilepsie und Eklampsie. Vertigo. (Handbuch der speciellen Pathologie und Terapie* de *Ziemssen*, Bd. XII, 1877.— *Krankheiten der Nervensystems*, 4, 2.) *Unregelmässige Formen der anfälle*, p. 241.

ment un cas d'épilepsie procursive: « J'ai eu moi-même, dit-il, en traitement un malade chez lequel, au lieu des paroxysmes ordinaires, on notait des accès qui commençaient et finissaient par une course dans la chambre dont le malade n'avait pas conscience. Je ne puis m'empêcher d'exprimer que dans ces cas, il ne s'agit pas d'une épilepsie idiopathique, mais d'une forme sympathique qui reconnaît pour cause de grossières lésions anatomiques du cerveau. »

Nous aurons lieu de citer plus loin, aux chapitres II, III, V et VI, un certain nombre d'autres observations qui, selon nous, ne se rapportent qu'indirectement à l'*épilepsie procursive*[1], telles sont, entre autres, quelques-unes de celles publiées par O. Berger dans sa thèse sur la *Pathologie des états épileptoïdes*, celle plus récente suivie d'autopsie, et que M. Meschede a insérée dans les *Archives de Virchow* (1880). — Nous aurons également à parler incidemment sans nous y arrêter longuement de quelques autres phénomènes impulsifs, mouvements de manège, mouvements de rotation, observés également sur des sujets épileptiques, actes difficiles encore à classer et qui ne pourront l'être qu'à la suite d'une longue série d'observations suffisamment prolongées et appuyées sur de nombreuses autopsies. Peut-être y aurait-il lieu d'admettre ici d'autres formes d'épilepsie, par exemple, l'*épilepsie rotatoire*, etc.

(*A suivre.*)

[1] La quatrième observation de Cheneau, que MM. Sandras et Bourguignon classent parmi les vertiges épileptiques, et qu'ils rapprochent des observations d'Itard, n'appartient pas au groupe de l'épilepsie procursive; il s'agit là d'un épileptique ordinaire. (Sandras et Bourguignon. *Traité pratique des maladies nerveuses*, 2e édit., t. I, p. 278, 1860.—Cheneau. *Recherches sur le traitement des maladies nerveuses*, 1844, p. 32.)

RECUEIL DE FAITS

PARALYSIE GÉNÉRALE. — ALCOOLISME CHRONIQUE. — TROUBLES TABÉTIQUES; PARALYSIE GÉNÉRALE CONFIRMÉE. — LÉSIONS DE DÉNUTRITION ;

Par HENRY BONNET,

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne.

Le nommé P.., ouvrier caviste, entre pour la deuxième fois, en 1886, dans mon service. — Lors de la première entrée, il était atteint de manie aiguë, suite d'alcoolisme, et offrant différentes trémulations qu'on ne pouvait faire rentrer que dans un délirium tremens primitif. — Il fut très agité et, en même temps, très congestif; d'énormes poussées sanguines cérébrales nécessitèrent un traitement très énergique. Dès lors, les paroxysmes d'excitation cessèrent; mais, on pouvait apercevoir, et très concurremment, la déchéance des fonctions organiques s'unissant à celles des fonctions intellectuelles et rationnelles; la dénutrition de tout l'être s'affirme de plus en plus à mesure qu'une poussée cérébrale se produit. — Ces poussées congestives, successives par intermittence, dénotent, chez notre sujet, comme chez ses congénères, la lutte vitale que la congestion cherche à remplir pour les réparations de nutrition à chaque limite infinétisimale de notre être et pour laquelle elle devient impuissante. — Après chaque poussée congestive, la dénutrition générale apparaît de plus en plus; l'organisme devient impuissant à faire de nouvelles congestions; le marasme de tous les systèmes se produit; les actions vaso-motrices s'éteignent une à une; et il y a quelque chose de très spécial dans la paralysie générale, c'est que l'individu tombé dans le marasme verra toutes ses fonctions hygides s'en aller une à une et que la mort, résistant à la vie, n'apparaîtra que lorsque tous les systèmes auront été entrepris et auront eu leur pénultième dénutrition.

Chez l'homme qui fait, aujourd'hui, le sujet de mon observation, on a remarqué, et très subitement, une incurvation des plus prononcées des huitième et neuvième côtes droites; l'incurvation dépasse un angle de cinquante degrés et fait une énorme

saillie sous la peau. — C'est le plus bel exemple qu'on puisse présenter des conditions de dénutrition dans la paralysie générale et, en particulier, du système osseux. — Il y a longtemps que le professeur Charcot avait appelé l'attention sur l'état pathologique osseux, mais dans l'ataxie locomotrice. — Mais, pour la paralysie générale, il est certain, et nos investigations de chaque jour affirment la vérité, que le grand sympathique est le premier atteint et très lésé ; il n'y a pas lieu de s'étonner que la dénutrition s'épidémise à tous les points de l'organisme.

Dans le cas actuel, il est indéniable qu'il y a raréfaction des matières minérales des côtes; la matière organique prédomine et, par conséquent, l'incurvation est fatale. On ne peut présenter un meilleur exemple à tous ceux qui veulent, et à toute force, voir une méningo-encéphalite diffuse dans la paralysie générale, pour prouver la dénutrition de l'organisme dérivant des lésions irrémédiables des centres vaso-moteurs. — Avant que le marasme ultime se produise chez le sujet de notre observation, il est arrivé ce qui se passe chez tous les paralysés généraux, à bien peu d'exception près. — Dès le principe, la scène pathologique s'est ouverte par la congestion: la congestion détruit, chaque jour, les conditions hygides ; elle s'est implantée chez le paralysé général, et sans amener, par un phénomène bizarre, ce qu'on voit constamment en pathologie classique, c'est-à-dire les grands troubles organiques que l'on connaît et, parfois, la mort immédiate. — Chaque poussée congestive, et souvent immense, se résoud, dans la maladie qui nous préoccupe, par une dénutrition de plus en plus forte de l'organisme; il arrive, un instant, que les poussées congestives ne peuvent plus se faire parce que le malade est arrivé au dernier marasme; il succombe, pièce par pièce, de son être. La maladie vaso-motrice est telle que, depuis longtemps, j'ai affirmé et j'affirme cet axiôme qu'il faut que tous les systèmes de l'organisme soient perdus, un par un, pour que le paralysé général meurt. — Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que je fournisse, aujourd'hui, comme preuve partielle, mais indéniable des idées du professeur Poincaré et de moi, un exemple d'une dénutrition osseuse des plus caractéristiques qui vient confirmer toutes les prémisses de notre thèse.

A la suite de cela, on est à se demander pourquoi tous les auteurs parlent de méningo-encéphalite dans la paralysie générale lorsque eux-mêmes, dans leurs observations, établissent une congestion.

REVUE CRITIQUE

LE SENS MUSCULAIRE;

Par PAUL SOLLIER.

I. L'existence de sensations spéciales, émanant des muscles, semble avoir échappé aux anciens auteurs, ce qui n'a rien de surprenant lorsqu'on songe que pendant longtemps aucune distinction n'existait entre les diverses sensations données par la sensibilité tactile.

D'après William Hamilton ce serait à deux médecins italiens du XVIe siècle, César Scaliger et Cœsalpinus d'Arezzo, qu'il faudrait faire remonter l'hypothèse d'un sens musculaire spécial. Ils auraient établi, à l'insu l'un de l'autre, que l'exercice de notre faculté de mouvement est le moyen par lequel nous sommes à même d'estimer les degrés de « résistance », et cela grâce à une faculté de « compréhension active » qu'ils opposaient au toucher comme « capacité de sensation ou simple conscience de passion ».

Vers la fin du XVIIIe siècle, Darwin établit aussi un « sens de l'extension » distinct du toucher, dans lequel certains auteurs ont voulu voir la « sensation d'activité musculaire ». (Bellion. *Recherches historiques sur la pathologie et la physiologie des sensations tactiles*. Th. Paris, 1853.) — Dans un livre sur l'*Histoire naturelle de l'âme*, publié en 1789, et que M. Charcot rappelait il y a peu de temps (*Œuvres complètes*, t. III), Rey Régis (de Montpellier,) parle de paralysies motrices dépendant de la perte du « souvenir de la force motrice » causée par la lésion de certaines parties du cerveau. A la fin de ce même siècle, des physiologistes et des philosophes allemands avaient aussi établi une distinction entre le toucher actif et le toucher passif, et avaient donné au toucher actif le nom de muskelsinn, sens musculaire. Cette distinction avait d'ailleurs été faite par de Tracy, un des élèves de Condillac.

Thomas Brown, au commencement de notre siècle, introduisit ces idées en Ecosse.

On peut aussi trouver épars, soit chez les physiologistes, soit surtout chez les philosophes, quelques aperçus sur la notion du sens musculaire, mais c'est à Charles Bell (*Physiologische und pathologische untersuchungen des nervensystems*) que revient surtout l'honneur d'avoir établi nettement l'existence des sensations émanées des muscles, auxquelles il donna définitivement le nom de sens musculaire.

Cette opinion fut ensuite développée par E.-H. Weber (art. *Tastsinn und gemeingefühl*, p. 582, *in Handw. de Wagner*), qui appela ce nouveau sens « sens de la force ». J. Müller en étudia la nature dans son *Hand. der physiol. des Menschen*, t. II, p. 500). Gerdy, dans ses différents travaux, l'étudie aussi et lui donne le nom de « sentiment de l'activité musculaire ». (*Recherches physiol. sur les sensations en général. Arch. de méd.* 1837. — *De la sensation du tact et des sensations cutanées; Bull. de l'Acad. de méd.*, 1841. *Physiologie philosophique des sensations et de l'intelligence*, 1846.)

C'est surtout à partir de 1845 que l'étude du sens musculaire entre dans une phase nouvelle marquée par de nombreux travaux. Ce sont tout d'abord les observations de Pulchelt, de Heidelberg (*Gaz. méd. de Paris*, 1845), puis de Gendrin, en 1846 et 1847, qui montrent que chacune des sensations tactiles peut être isolément modifiée, les autres restant intactes. D'après Leroy d'Etiolles et Becquerel, Sandras connaissait la paralysie du sentiment musculaire et en faisait mention dans ses leçons. La première étude sur ce sujet paraît cependant appartenir légitimement à Landry qui publie en 1852, et réclame la priorité de cette découverte contre Duchenne (de Boulogne) qui la donne comme la sienne propre dans son *Traité de l'électrisation* publié en 1854. Le sens musculaire reçoit encore de ces deux auteurs de nouvelles dénominations. Pour Landry, c'est le sentiment de l'activité musculaire ; pour Duchenne c'est la « conscience musculaire ».

William Bain dans ses *Notes et Dissertations sur Reid*, en 1846, distingue avec soin entre ce qu'il appelle la faculté locomotrice et le sens musculaire. C'est donc à tort que certains auteurs pensent qu'il a désigné le sens musculaire sous le nom de « faculté locomotrice ». Parmi les auteurs qui ont surtout

étudié cette question, il faut placer Ludwig en 1852 dans son *Traité de physiologie*, puis Bain dans la première édition de son ouvrage « *The senses and the intellect*, en 1855 où il appelle le sens musculaire « sens du mouvement ». Landry dans ses mémoires sur la *paralysie du sentiment de l'activité musculaire en* 1852 *et* 1855, et ensuite dans son *Traité des Paralysies* en 1859 en a fait l'objet de recherches sérieuses et originales. G.-H. Lewes (*Physiology of common Life*. 1860). Schiff, dans sa *Physiologie des muscles et des nerfs*, Trousseau dans ses *Cliniques* sur l'ataxie locomotrice, émettent sur le sens musculaire des opinions à peu près semblables que nous examinerons plus loin. Wundt émet une théorie spéciale sur sa nature dans différents travaux et ouvrages ; il lui donne le nom de « sens de l'innervation. (*Beiträge zur theorie der sinneswahrnehnung.*, p. 400. *Vorlesungen über die menschen und thierseele*, I, p. 222, *Psychologie physiologique*, t. I, 418.) — Ferrier ouvre un champ nouveau à cette étude avec ses magnifiques expériences sur les localisations cérébrales. (*Fonctions of the Brain*, 1876.) Weir Mitchell (*Injuries of Nerves*, 1872), tire aussi d'intéressantes remarques de ce qui se passe chez les amputés en ce qui concerne les rapports des illusions des mouvements chez eux et la notion du sens musculaire.

Ch. Bastian y est revenu à plusieurs reprises, la première fois en 1869 dans le *British medical journal*, puis dans son livre sur le *Cerveau organe de la pensée* et tout dernièrement enfin dans une longue revue critique parue dans le journal *Brain* en avril 1887. Pour plus de commodité, il désigne toutes les impressions diverses qui se combinent pour parfaire « le sens du mouvement » sous le nom d'impressions kinesthétiques.

Comme on le voit, c'est à l'étranger que le sens musculaire a été surtout étudié dans les vingt-cinq dernières années. Citons cependant Jaccond en France, dans son livre sur les *Paraplégies et l'Ataxie du mouvement*. Ch. Richet y insiste fort peu dans ses *Recherches sur la sensibilité* (1877). Vulpian (art. *Moelle* du *Dict. encyclop.*) n'admet pas l'existence du sens musculaire, — opinion qu'il partage avec Bernstein. (*Untersuch. über den Erregungsvorgang.*, p. 239.) — Enfin, cette question a été remise en honneur aujourd'hui par l'école de la Salpêtrière, dans les études sur l'hystérie, et M. Babinski a fait cette année même une communication à la So-

ciété de Psychologie physiologique sur laquelle nous n'insisterons pas, l'auteur devant y revenir prochainement avec plus de développement.

Bien des noms seraient certainement encore à citer. Mais nous n'avons voulu faire qu'une rapide énumération des principaux travaux auxquels on peut se reporter pour l'étude du sens musculaire, nous réservant de citer dans le cours de cette revue les mémoires moins importants qui sont venus grossir cette bibliographie déjà respectable.

II. On peut juger d'après les nombreuses dénominations qu'il a reçues qu'un grand désaccord existe entre les auteurs sur ce qu'on doit entendre par *sens musculaire*, et comment il faut l'interpréter, les uns confondant sous ce terme toutes les impressions que nous recevons de nos membres en mouvement, ou des mouvements en général, les autres au contraire, ne désignant par sens musculaire que certaines de ces impressions. Pour les uns, le sens musculaire nous donne l'appréciation de la contraction de nos muscles; pour d'autres, il nous fournit les notions de pression, ou encore de poids et de résistance. Pour un grand nombre ce serait surtout la notion de position des membres qui constituerait le sens musculaire. Pour certains, il proviendrait seulement de la sensibilité musculaire, tandis que pour d'autres les sensations provenant de toutes les parties profondes des membres, aponévroses, tendons, articulations et muscles, contribueraient à le constituer. Les impressions de la peau devraient aussi y être rattachées. C'est cet ensemble d'impressions diverses constantes, plus ou moins définies, auxquelles Ch. Bastian a donné le nom d'impressions kinesthétiques qu'il propose de substituer au terme vague de sens musculaire, opinion à laquelle se rattache M. Charcot. Pour Ferrier aussi cette expression serait préférable. Outre les impressions conscientes kinesthétiques, M. Bastian pense qu'il y a en outre une série fort importante d'impressions non senties qui guident l'activité motrice du cerveau, en les mettant automatiquement en rapport avec les différents degrés de contraction de tous les muscles qui peuvent être en jeu.

E.-H. Weber, qui étudia le premier après chez Ch. Bell le sens musculaire, sous le nom de « sens de la force », se basa sur la sensibilité qui se manifeste par les différences de poids

pour le distinguer du sens tactile. Par la pression cutanée, en effet, nous ne pouvons percevoir que des différences d'un tiers du poids, quel qu'il soit, mis en contact avec notre peau, tandis que si nos muscles sont appelés à jouer, nous apprécions des différences de 1/17 du poids que nous supportons. Ces expériences, confirmées par d'autres auteurs, montrent bien qu'il existe en nous une capacité distincte pour apprécier les différents degrés de poids ou de résistance par les impressions qui résultent des états variés de tension ou de contraction de nos muscles. Cette faculté est perdue dans certaines maladies, et son absence donne lieu à des mouvements désordonnés quand les yeux sont fermés, et à la perte de la notion de position de nos membres. Nous y reviendrons à propos du siège du sens musculaire dans le cerveau.

Peu après Weber, Müller, à propos de ses expériences, fit ressortir que, dans ces cas, une sensation accompagnant l'innervation centrale, pourrait bien intervenir et il dit, dans sa *Physiologie* : « Nous avons une notion fort exacte de la quantité de *force nerveuse* partant du cerveau, qui est nécessaire pour produire un certain mouvement. Il serait fort possible que l'appréciation du poids et de la pression, dans le cas où nous soulevons et résistons, soit en partie du moins, non une sensation dans le muscle, mais une notion de la quantité de force nerveuse que le cerveau est excité à mettre en jeu. » William Hamilton soutient une opinion à peu près semblable. Pour lui, la résistance et le poids sont principalement mesurés par la « faculté locomotrice », tandis que l'appréciation, par cette faculté, de la force plus ou moins grande de notre « énergie mentale motrice » est toujours accompagnée et aidée « par des sensations dont les conditions sont, d'une part, le nisus ou repos musculaire, et, d'autre part le corps résistant ou pressant ». De ces sensations, les premières c'est-à-dire les sentiments liés aux états de tension et de relâchement, ont leur siège entièrement dans les muscles, et appartiennent à ce qu'on a quelquefois appelé le sens musculaire. Les dernières, c'est-à-dire les sensations déterminées par la pression externe ont leur siège en partie dans la peau et appartiennent alors au sens du toucher proprement dit, ou à la sensation cutanée, et en partie dans la chair, auquel cas elles appartiennent au sens musculaire. Ces impressions sont de simples modifications des nerfs sensitifs qui

se distribuent aux muscles et à la peau. » Pour Müller et Hamilton, le sens musculaire dérive donc à la fois d'une faculté d'origine centrale motrice, la faculté locomotrice, et d'autre part des impressions sensitives des membres en mouvement, impressions centripètes émanant des muscles, ou émanant de la peau. Ludwig pense aussi « qu'il est concevable et non invraisemblable que l'effort de la volonté ait précédé, comme moyen de jugement, les connaissances et le discernement qui nous arrivent par les muscles volontaires mis en jeu.

D'après Wundt, « le siège des sensations de mouvement ne paraît pas être dans les muscles mais bien dans les cellules nerveuses motrices... Nous n'avons pas seulement la sensation d'un mouvement exécuté, mais celle d'un mouvement à exécuter. La sensation de mouvement est donc liée à l'innervation motrice, c'est pourquoi nous l'appelons sentiment d'innervation ». Il dit ailleurs (*Psych. physiol.*, trad. française, p. 421) : « Les physiologistes ont essayé de faire dériver, autant que possible, toutes les sensations de mouvement d'*une seule* source. Dans cette intention, ils ont cherché : 1° à les ramener aux *sensations de pression de la peau ;* 2° ils ont voulu y voir des *sensations musculaires spécifiques*, qui, dépendant des appareils sensibles et des nerfs situés à l'intérieur des muscles, seraient considérées en quelque sorte comme les sensations d'un sixième sens, le sens musculaire; 3° enfin, selon une autre supposition, ce sont des *sensations d'innervation;* elles dépendent uniquement de l'innervation centrale des organes moteurs et leur origine serait donc plutôt centrale que périphérique. On voit aisément que chacune de ces trois hypothèses sur le sens musculaire est insuffisante, mais chacune contient, évidemment une partie de la vérité, et par conséquent les sensations du mouvement sont pour nous des produits fusionnés complexes, provenant de sensations d'origine différente. » Il estime (*Menschen u. Thierseele*, p. 222, t. I), comme le plus probable, que les sensations accompagnant la contraction des muscles naissent dans les fibres nerveuses qui transmettent l'impulsion motrice du cerveau aux muscles, car si elles étaient dues aux nerfs sensitifs des muscles elles croîtraient et décroîtraient constamment avec le degré de travail interne et externe accompli par le muscle. Mais ce n'est point là le cas, car la

force de la sensation dépend seulement de l'influence motrice, partant du centre, qui excite l'innervation des nerfs moteurs. » Comme preuves il cite des cas de paralytiques ou de parétiques qui peuvent encore sentir qu'ils accomplissent un grand effort musculaire, bien qu'ils remuent à peine leur membre. D'après cela, la conscience de l'effort serait indépendante de la contraction musculaire elle-même. Ferrier répond à cela que « nous trouvons une explication de l'effort considérable en apparence ne produisant qu'un léger mouvement, dans les associations formées par l'expérience passée. Bain soutient une opinion analogue à celle de Wundt quoique en différant légèrement. Pour lui aussi les impressions du sens musculaire dérivent des muscles par les nerfs moteurs et son siège est du côté moteur, et la conscience de nos contractions musculaires est indépendante des impressions centripètes nées de l'acte même de la contraction musculaire. Dans les différentes éditions de son livre sur les sens et l'intelligence, il accentue de plus en plus ses idées dans ce sens, et il s'exprime ainsi : « Comme les nerfs qui se rendent aux muscles sont surtout des nerfs moteurs grâce auxquels les mouvements musculaires sont excités par le cerveau et les centres nerveux, ce que nous en pouvons déduire avec le plus de certitude, c'est que la sensibilité qui accompagne les mouvements musculaires coïncide avec le courant centrifuge de l'énergie nerveuse et ne résulte pas, comme dans le cas de sensation pure, d'une influence affluant par les nerfs centripètes ou sensitifs. » Selon lui, les impressions du sens musculaire seraient appréciées par un « sens d'énergie déployée » concomitant avec le courant centrifuge, et par conséquent auraient leur siège du côté moteur. — Les découvertes de Sachs, montrant que les muscles possèdent des nerfs sensitifs, ayant un trajet et une distribution différents des nerfs moteurs, et pénétrant dans la moelle par les racines postérieures, ont fait rejeter complètement le sentiment d'innervation, ce qui est sans doute trop absolu.

Dans l'hypothèse de Bain, les centres et les nerfs moteurs seraient donc à la fois les agents de la contraction musculaire et de la conscience de l'effort musculaire. A l'appui de cette hypothèse on invoque les expériences de W. Arnold (*Die Verruchtugen der Wurzeln der Rückenmarksnerven*, 1844, Heidelberg) et de Cl. Bernard, qui, en enlevant la peau d'un

des membres d'une grenouille, ou en coupant ses racines postérieures d'un côté, ont montré qu'elle se servait avec autant de précision de ses deux membres, et que par conséquent elle devait avoir conservé la conscience de l'effort musculaire. Toutefois, Ferrier objecte que les mouvements coordonnés ne sont pas dus aux sensations, mais sont produits par la simple mise en jeu des mécanismes réflexes de la moelle épinière, de la même façon que les animaux, privés de leur cerveau, nous présentent des mouvements bilatéraux parfaitement coordonnés.

G.-H. Lewes, dans son premier ouvrage (*Physiology of Common Life*, 1860) admettait que le sens musculaire dérivait de courants centripètes ou impressions émanées des muscles, et rapportées aux centres volitionnels par les nerfs moteurs eux-mêmes. Les centres et les nerfs moteurs dans cette hypothèse étaient donc simultanément ou à peu près, témoins de courants centrifuges et centripètes. Lewes est revenu depuis sur cette opinion dans laquelle tout se passait aux dépens des centres et nerfs moteurs, et admet aujourd'hui les sensibilités passives comme composantes du groupe complexe des impressions émanées des muscles, c'est-à-dire du sens musculaire. Dans ses *Clinical and physiol. Researches on the nervous System*, 1876, Hughlings Jackson se montre partisan des idées de Wundt et de Bain, pour qui notre conscience de l'activité musculaire est en grande partie centrale, initiale et réalisable dans les centres moteurs.

Ferrier rapporte aussi aux centres moteurs les impressions du sens musculaire. A côté de ces théories absolues se placent des opinions intermédiaires, faisant une part aux impressions motrices et aux impressions sensitives. C'est ainsi que Bernhardt (*Archiv. für Psychiatrie*, 1872) pense que les notions de résistance et de poids dérivent principalement d'une appréciation du degré d'énergie centrifuge partant du centre volitionnel, bien qu'en partie aussi d'impressions centripètes ordinaires. Dans ses expériences avec Leyden (*Archiv. de Virchow.*, t. XLVII, p. 330), il a montré que dans des cas d'anesthésie cutanée, si le trouble de la sensibilité est borné à la peau, la sensibilité pour l'élévation des poids peut persister et avoir sa grandeur normale. Il faut donc admettre que cette sensation de mouvement, indépendante de la peau, réside dans une sensibilité particulière aux muscles, ou dans

une sensation d'origine centrale, accompagnant l'innervation volontaire des muscles. — Bernhardt penche à considérer le sens musculaire comme une fonction du cerveau, aidée seulement par des impressions centripètes. — Il a établi, en outre, qu'une distinction de poids peut être faite lorsque les muscles sont contractés par le courant électrique seul. Il montra de plus que la sensation de pression nous permet d'apprécier beaucoup plus faiblement des différences de poids que les mouvements d'élévation. La contraction musculaire, le sens musculaire, joue donc un rôle important et nous fournit bien là des impressions centripètes.

Weir Mitchell soutient également une opinion intermédiaire. Il rapporte des observations très intéressantes touchant aux hallucinations sensorielles des amputés qui croient encore faire agir leur membre perdu. Il s'exprime ainsi (*Injuries of nerves*, 1872) :

« Dans quelques cas, par exemple dans les amputations de l'avant-bras à la partie inférieure, les muscles moteurs des doigts subsistent en tout ou en partie et éprouvent des contractions réelles sous l'influence de la volonté. Le sensorium peut donc avoir connaissance des mouvements exécutés par les changements survenus dans l'état de ces muscles. D'autres fois, par exemple dans la désarticulation de l'épaule, dans les amputations de l'humérus, les muscles qui agissent sur la main font complètement défaut. Et cependant ici, comme tout à l'heure, il y a une sensation nette et consciente des mouvements des doigts et de leurs déplacements. Autrement dit, la volonté de mouvoir certaines parties est accompagnée de conditions mentales qui représentent devant la conscience le mouvement lui-même, la force avec laquelle il s'accomplit, et la série de changements de position dont il se compose. — Aujourd'hui les physiologistes n'admettent que les notions de ce genre, relatives au mouvement des parties que nous voulons faire agir, nous sont fournies par les contractions musculaires et les changements de position réellement exécutés. Cependant, il résulterait de tous les renseignements que nous avons fournis, que telle n'est pas l'explication véritable ; il semble que la volonté du mouvement et la conscience de ce mouvement soient des faits contemporains, s'accomplissant simultanément dans les centres nerveux. On pourrait alors invoquer la puissance de l'habitude qui aurait associé certaines formes d'activité cérébrale avec certaines idées de mouvements produits. La mémoire aurait conservé le souvenir de cette association. Mais dans quelques observations, l'amputation datait du plus jeune âge,

d'une époque dont les souvenirs sont très confus. Il est probable que ces idées, que nous sommes censés obtenir par le sens musculaire, sont provoquées et nécessitées par l'impulsion volontaire elle-même ; ce sont des avertissements envoyés au sensorium par les ganglions spinaux que la volonté a mis en activité.

Il a fait en outre des expériences électriques montrant que si on électrise les troncs nerveux dans un moignon ou au-dessus on provoque l'illusion de mouvements d'extension et de flexion des doigts, et des parties dont le blessé avait perdu conscience depuis des années peuvent réapparaître.

« Il est évidemment impossible d'admettre, dit-il, que les nerfs moteurs puissent transmettre des impressions vers les centres. Dès lors, il faut admettre que les excitations de certains nerfs sensitifs peuvent apporter au sensorium l'impression particulière des mouvements dans les muscles. Lorsque nous voulons un mouvement, il naît en même temps dans les mêmes centres spinaux des impressions qui vont renseigner le sensorium sur l'exécution de l'acte voulu, sur les déplacements dont il se compose, sur la force avec laquelle il est accompli. A chaque volition surgit dans l'intelligence la conscience de l'acte à accomplir avec ses qualités ; c'est à tort ce que ces phénomènes sont attribués à des impressions venant des parties périphériques. En second lieu, pendant l'accomplissement d'un mouvement, certains nerfs périphériques transportent au cerveau des impressions qui viennent compléter les notions nées dans les centres en même temps que la volonté ; de là des renseignements complémentaires sur l'exécution des actes musculaires. »

Duchenne (de Boulogne) peut être également rangé parmi ceux qui regardent le sens musculaire comme ayant à la fois une origine centrale et une origine périphérique. Il subdivise même le sens musculaire en sensibilité musculaire et conscience musculaire.

« Il ne faut pas confondre la *conscience musculaire*, dit-il, qui, dans l'acte des mouvements volontaires, semble précéder et déterminer la contraction, avec la sensation qui donne le sentiment de la pesanteur, de la résistance, etc., et qui a été appelée sens musculaire par Ch. Bell, et sensation d'activité musculaire par Gerdy. Cette dernière sensation est le résultat ou le produit de la contraction musculaire; l'observation clinique m'a démontré que cette sensation est un phénomène qui dépend plutôt de la sensibilité articulaire que de la sensibilité musculaire. La conscience musculaire peut exister indépendamment de la sensation d'acti-

vité musculaire. Elle est nécessaire à la contraction musculaire volontaire et à la cessation de cette contraction. »

Pour lui la sensibilité musculaire n'est qu'un phénomène de sensibilité générale qui n'offre aucun titre particulier à être rangée parmi les sens.

Nous en arrivons maintenant à l'opinion qui considère le sens musculaire comme étant d'ordre essentiellement sensitif. Lotze (*Medicinische psychologie*, 1852, p. 293) paraît avoir été le premier à soutenir que les sensations qui accompagnent nos mouvements ou en résultent sont afférentes et non efférentes, quand il dit que nous ne sentons pas la force que nous mettons à produire un effet, mais seulement ce qui se passe dans nos organes en mouvement après que la force a exercé son action. Landry (*Traité des Paralysies*, 1859), s'appuyant sur des données pathologiques et psychologiques, émet la même opinion qu'Hamilton relativement à l'existence d'impressions donnant des sentiments de tension et venant des muscles par les nerfs sensitifs. Seulement, au lieu de regarder comme Hamilton ces impressions comme secondaires, elles sont au contraire pour lui les plus importantes, sinon les seules. Pour lui les notions de résistance, de poids, de position, etc., ne peuvent venir ni du cerveau ni de n'importe quelle autre source en dehors des parties mêmes qui sont en mouvement, ainsi que le prouve d'ailleurs le passage suivant :

« Le *moi* a une conscience directe des phénomènes de volition; il sait immédiatement qu'il y a eu un stimulus volontaire et vers quelle partie du corps il est dirigé; quant aux effets produits il n'en est informé que d'une manière médiate, et peut les négliger. L'action nerveuse qui excite le mouvement ne peut donc fournir à la conscience qu'une idée de la volition et non de son exécution. Il est nécessaire que l'effet de l'excitation centrale, c'est-à-dire la contraction, soit produit pour que le cerveau puisse percevoir; et il perçoit, en même temps, à la fois le siège et le degré de contraction. *Le mouvement lui-même est donc la source d'où nous viennent les notions de ce genre.* »

Schiff et Trousseau ne reconnaissent pas, en réalité, l'existence d'un sens musculaire, car, pour eux, les impressions qui nous fournissent les notions de poids et de résistance ainsi que la connaissance de la position de nos muscles et de leurs mouvements, nous sont fournies non par les muscles

mais par les sensibilités cutanée et articulaire seulement. — Pour eux, néanmoins, on voit que les impressions qui constituent pour nous le sens musculaire ont une origine périphérique et une voie centripète.

C'est surtout Ch. Bastian qui s'est montré le défenseur de cette opinion. Dans son premier mémoire sur le sens musculaire (*Brit. Med. Journal*, 1869), il se rattache à l'opinion de Landry.« Le sens musculaire ne dépend pas de nos notions de la quantité de force nerveuse mise en liberté durant un effort volitionnel, ou autrement dit, de la conscience qu'a l'esprit de sa propre énergie centrifuge. Le sentiment d'énergie déployée n'est pas contenu dans l'acte volitionnel et n'en est pas un apanage, mais dérive d'impressions émanant des organes même en mouvement. Nos perceptions de résistance et de poids sont en réalité composées d'impressions tactiles, en partie de sensations passives émanant de nos muscles et de nos articulations, et des déductions basées là-dessus ». Il admet qu'il existe en outre des impressions transmises par les nerfs sensitifs ordinaires des membres en mouvement, par exemple des muscles, des articulations et de la peau, d'autres impressions, inconcientes celles-là, venant par des nerfs afférents spéciaux des centres moteurs spinaux. Il accorde même à ces dernières un rôle prépondérant. Dès lors, admettant que les impressions du sens musculaire sont pour la plupart *inconscientes*, il n'y a pas de faculté digne du nom de « sens musculaire ». Ces impressions qu'il désigne sous le nom d'impressions kinesthétiques, diffèrent de celles de toutes les autres facultés sensorielles en ce qu'elles sont, tout d'abord, *résultats* plutôt que *causes* de mouvement, et ne sont ensuite employées que comme guides pour provoquer la continuation des mouvements déjà commencés.

III. Quel est maintenant le rôle du sens musculaire? Pour que la volonté puisse exécuter un mouvement il lui faut non seulement la conception du but à atteindre, l'excitation des contractions en groupes fonctionnels et leur coordination, mais aussi la sensation exacte de ce que les muscles sont en train de faire, pour que l'énergie des contractions musculaires ne dépasse pas ou ne reste pas au-dessous du but proposé. Ces notions, c'est le sens musculaire qui les donne. « Toute discussion psychologique, dit Maudsley (*Physiol. de l'Esprit*)

sur la valeur du sens musculaire, comme guide du mouvement est superflue, vu l'observation pathologique qui prouve jusqu'à l'évidence que lorsque ce sens manque, les mouvements en question ne peuvent être exécutés qu'*à une condition, à savoir qu'un autre sens vienne remplacer celui-là*. Ce n'est pas un sens activement conscient, comme la vue ou le toucher : il est plutôt du genre des sensations organiques, contribuant inconsciemment ou avec une conscience confuse au résultat final. La vue peut le remplacer quand il est absent. » Plus loin Maudsley se demande quel est le rapport du sens musculaire à l'intuition motrice. Ce rapport lui semble être analogue à celui d'une sensation d'un sens spécial avec l'idée correspondante. Le sens musculaire jouerait le même rôle que les autres sens réceptifs. Il servirait à la formation des idées fondamentales de solidité, de grandeur, de forme et de distance, au moyen des impressions qu'il reçoit du dehors et transmet à l'intérieur, et des adaptations internes subséquentes; il fournirait en outre à la réaction externe intelligente de l'individu, par les idées qu'il fait naître, un guide, grâce auquel l'individu peut diriger ses mouvements et régler la force qu'il doit leur imprimer dans les cas particuliers. Telle était aussi l'opinion de Landry quand il dit : « La sensation d'activité musculaire qui fournit l'idée de résistance sert à déterminer la quantité de force nerveuse nécessaire pour produire un mouvement, un résultat donné. — Ce n'est pas encore là tout son rôle. — Par elle, et par elle seule, nous connaissons la force de contraction actuelle des muscles, l'étendue, l'énergie, la direction des mouvements, la position de nos membres, en un mot les effets de l'incitation centrale. — Fait-elle défaut, toutes ces notions manquent avec elle, et par conséquent aussi, la possibilité de rectifier les erreurs de la contraction. Cette sensation remplit le rôle de dynamomètre à l'égard de l'influence nerveuse. »

Nous avons vu d'après la façon dont Wundt interprète la nature du sens musculaire, que pour lui la sensation du mouvement est liée à l'innervation motrice. Chaque sensation du mouvement est pour lui une résultante provenant de trois facteurs différents, sensation de pression de la peau et des parties sous-cutanées, sensation de contraction des muscles, et sensations d'innervation centrale, qui ne peuvent jamais être séparés à l'état normal, l'innervation centrale amenant sur-le-

champ une modification dans l'état des muscles. Meynert soutient aussi *Psychiatrie* une opinion analogue.

M. Jaccoud professe une opinion analogue à celle de Landry et de Maudsley. Pour lui, la coordination motrice, qui apparait comme un fait unique et indivisible, procède en réalité de deux opérations distinctes : la coordination volontaire ou encéphalique, la coordination mécanique ou spinale. La coordination volontaire a pour effet d'adapter incessamment le mouvement fonctionnel au but voulu en modifiant les qualités finales selon les exigences variables de l'acte conçu ; or, pour que le sensorium puisse intervenir avec opportunité et mesure, il faut qu'il soit instruit à chaque instant des qualités du mouvement produit. Ces notions indispensables, l'encéphale les obtient directement par la vue, ou bien il les déduit indirectement des renseignements qui lui arrivent touchant la situation des parties qui se meuvent et l'état des organes contractiles qui les meuvent ; ces renseignements sont des impressions fournies par le sens musculaire. Dès qu'un mouvement, quelque complexe qu'il soit, est convenablement appris, dès que l'organisme se l'est assimilé, l'appréciation des qualités du mouvement cesse de se faire par la vue, et le sens musculaire intervient. C'est le seul, dit Jaccoud, qui soit mis en usage, à l'état physiologique, pour les mouvements de la marche et de la préhension.

E. Fournié (*Physiol. du syst. nerveux*) est aussi d'accord sur l'importance de ces sensations de mouvement par rapport aux autres impressions sensorielles comme guides des mouvements en général. Il a pleinement reconnu la part importante prise par le rappel des sensations de la contraction musculaire dans l'accomplissement des mouvements volontaires ou distinctifs. Il soutient que le sens musculaire est une condition indispensable pour la direction de nos mouvements, et que sans notre pouvoir de rappeler, de raviver les impressions musculaires à notre esprit, nous ne pourrions jamais apprendre parfaitement de nouveaux mouvements, et que l'exécution des mouvements serait un éternel apprentissage.

Au commencement d'un mouvement, il nous faut évoquer la *conception* des qualités de ce mouvement, ce que l'expérience antérieure nous permet de faire, avant de passer à l'acte. James Mill a soutenu que les impressions du sens musculaire interviennent et prennent part à l'opération,

comme agents déterminants, à une phase immédiatement postérieure à la conception, et antérieure à l'accomplissement réel du mouvement volontaire. Si on remplace les impressions du sens musculaire par le terme impressions kinesthétiques, nous avons l'opinion de Bastian. Cet auteur admet que le rappel idéal ou conception des qualités sensitives des mouvements nécessités, c'est-à-dire des impressions kinesthétiques, opère comme point de départ, en permettant à l'individu de déterminer, en s'appuyant sur une base déjà existante et en partie instinctive, *comment agir et quelle force employer*, tandis que pendant la continuation des mouvements, il serait aussi en partie influencé par des *sensations* réelles, se réalisant dans les mêmes parties du cerveau, et lui disant *comment il agit et quelle force il emploie.*

Il reconnaît aussi la nécessité de l'aide de la vue dans l'éducation des mouvements complexes. « Mais au bout de quelque temps les impressions qui appartiennent au sens musculaire deviennent assez librement associées avec celles de la vue, et avec les conducteurs nerveux et les mécanismes nerveux d'organisation nouvelle, pour permettre aux mouvements que nous avons étudiés de s'accomplir sous la direction immédiate des seules impressions kinesthétiques, sans qu'il soit plus besoin d'une direction auxiliaire fournie par le sens de la vue.

C'est par des impressions kinesthétiques que nous sommes ensuite continuellement instruits des qualités des mouvements actuellement produits. D'abord conscientes, elles finissent par passer inaperçues, et nous arrivons à accomplir une foule d'actions sous la direction de simples impressions kinesthétiques inconscientes. « Les actions d'abord volontaires passent ainsi dans la catégorie des *automatiques secondaires.* »

W. James professe les mêmes idées que Bastian et fait partir, comme lui, des centres sensoriels, seuls capables de recevoir les impressions kinesthétiques centripètes, le processus du mouvement volontaire. Ils arrivent à cette conclusion « que les actes volontaires ne sont en fait que des actes dont les centres moteurs sont constitués de telle sorte qu'ils peuvent être excités par les centres sensoriels dont l'excitation était primitivement l'effet. Pour eux, toutes nos idées de mouvement, grâce au rappel des impressions du sens

musculaire, sont ravivées dans les centres sensoriels. et les idées motrices n'existent pas.

M. Charcot (*Œuvres*, t. III, p. 463) fait avec soin la part des représentations motrices et des impressions kinesthétiques. « J'ai été conduit à admettre, dit-il, avec bon nombre d'auteurs, que les représentations motrices qui précèdent nécessairement l'accomplissement d'un mouvement volontaire s'effectuent dans les centres moteurs corticaux où elles trouvent leur substratum organique, et plus précisément dans les cellules nerveuses motrices de ces centres. Elles seraient principalement constituées par le sentiment d'innervation », de « décharge nerveuse », et auraient une origine centrale. Les notions fournies par ce qu'on nomme proprement le sens musculaire (s. kinesthétique de Bastian) consisteraient au contraire en des impressions venues de la périphérie, à savoir de la peau, des muscles, des aponévroses, des tendons, des capsules articulaires enfin; ces impressions s'emmagasineraient dans les centres sensitifs corticaux où pourrait avoir lieu leur rappel idéal. » S'appuyant sur ce qui se passe chez certains hystériques dont la sensibilité superficielle et la sensibilité profonde sont complètement éteintes, et qui, les yeux ouverts exécutent tous les mouvements avec précision, tandis que, les yeux fermés, ils tâtonnent, mais *sans incoordination* toutefois, il ajoute : « Ces modifications qui se produisent dans l'exercice des mouvements, chez les malades de ce genre, lorsque le concours des impressions kinesthétiques et visuelles est supprimé nous permettent de discerner jusqu'à un certain point en quoi consiste normalement le jeu de l'appareil fondamental des mouvements volontaires. Par contre l'étude des cas de paralysie psychique, portant uniquement sur le mouvement, fera reconnaître le rôle vraiment secondaire, tout important qu'il soit, des représentations visuelles et kinesthétiques dans l'accomplissement normal des mouvements volontaires. Peut-être d'ailleurs existe-t-il, à l'état normal, des variétés à cet égard. »

IV. Nous avons vu qu'au point de vue du mode par lequel nous pouvons apprécier les impressions du sens musculaire, les différents auteurs se divisent en trois groupes. Pour les uns, le sens musculaire est d'origine motrice centrale : telle est l'opinion de Wundt, de Meynert, de Bain, d'Huglings Jackson, etc.

Pour d'autres, le sens musculaire est d'origine à la fois motrice et sensorielle, centrale et périphérique, opinion soutenue par J. Müller, Hamilton. Enfin pour Landry, Schiff, Trousseau, Bastian, il est d'ordre exclusivement sensitif. L'étude des localisations cérébrales a naturellement amené à rechercher s'il n'existait pas dans l'écorce un centre spécial pour le sens musculaire.

Nothnagel pense que l'affection de la motilité consécutive à la destruction des centres moteurs est due à la paralysie du sens musculaire. Le fait de la restauration du mouvement au bout d'un certain temps, chez le chien, prouverait, d'après lui, que le centre du sens musculaire n'est pas lui-même détruit, mais que la destruction des centres corticaux n'a fait qu'interrompre le trajet des impressions centripètes.

Hitzig estime, d'après ses expériences avec Fritsch, que le centre lui-même du sens musculaire est détruit dans ces cas. Il croyait qu'il restait encore un chemin de l'*ame* au muscle, puisque le mouvement n'était pas complètement paralysé, mais qu'il y avait une interruption quelconque dans le trajet des impressions centripètes venues des muscles. « Cette interruption siège, dit-il, dans le centre détruit. » (*Reichert's u. Dubois Reymond's Archiv.* 1870, 1873, 1874.) Plus tard, il évite l'expression de sens musculaire, et dit dans ses derniers travaux que la destruction des centres corticaux a pour effet la perte de la *conscience musculaire*.

Schiff (*Archiv. fur Experim. Pathologie und. Pharmacologie*, 1874), regarde les mouvements résultants de l'excitation des centres moteurs comme de nature réflexe, tandis que l'affection de la motilité résultant de leur destruction est d'ordre ataxique, et produite par la perte de la sensibilité tactile. Les centres moteurs de Ferrier devraient donc être regardés plutôt comme des centres du toucher.

Ferrier répond à cela : « Savoir si la sensation est excitée avant que se produise le mouvement musculaire, est un problème qui ne peut être résolu chez les animaux inférieurs, mais le fait de convulsions localisées chez l'homme, lors d'irritation de l'écorce, font bonne justice de cette supposition; car l'on trouve que dans ces cas, où il se produit des convulsions limitées, les mouvements ne sont précédés de, ni associés à aucune sensation autre que celle qui accompagne les contractions musculaires violentes. Mais la preuve la plus

concluante de l'insoutenabilité de l'hypothèse de Schiff. consiste en ce fait que la sensibilité à la douleur, au toucher, etc., est absolument intacte après la destruction de ces centres. » De plus, il montre que « l'état qui peut, avec vérité, être décrit sous le nom de perte du sens musculaire ou de conscience musculaire dépend de la lésion d'une région entièrement différente (des centres moteurs) du cerveau, savoir de la région de l'hippocampe, ou centre de la sensibilité tactile ». Ferrier se montre opposé aux idées de Wundt et de Bain, et refuse de regarder les notions de résistance et de poids comme appréciées par les centres moteurs. Les expériences qu'il a faites avec Lauder Brunton montrent que l'appréciation musculaire de poids est indépendante de l'acte volitionnel, puisqu'elle peut s'exercer lorsqu'on fait contracter artificiellement les muscles en les excitant par l'électricité.

En somme, Ferrier admet, pour centre du sens musculaire, les circonvolutions de l'hippocampe, siège du sens tactile. Les centres d'impulsions centrifuges ou motrices, dit-il, sont anatomiquement distincts de ceux des impressions centripètes ou sensitives. Les uns peuvent être détruits, les autres restant intacts. Les centres corticaux pour les mouvements des membres sont en rapport uniquement avec les impulsions centrifuges et se différencient clairement des voies et des centres terminaux des impressions centripètes sur lesquelles s'appuie le discernement musculaire. La destruction des centres centripètes abolit le sens musculaire, ou conscience musculaire, bien que la faculté du mouvement subsiste. La destruction des centres centrifuges abolit la faculté de mouvements volontaires et empêche par suite l'exercice du discernement musculaire, mais la transmission et la perception d'impressions centripètes continuent à se faire normalement. »

Maudsley se rattache à l'opinion que c'est dans les centres moteurs corticaux que « sont emmagasinés les résidus des sensations musculaires dont nous tirons nos intuitions motrices... Les parties qui agissent comme centres moteurs sont le siège de la conception du degré et de la qualité de l'innervation musculaire, c'est-à-dire, de ce qu'on a appelé inductions musculaires. »

Bastian a combattu avec le plus de persistance les idées

de Ferrier. — « Des centres moteurs, où qu'ils soient situés, sont des parties dont l''activité paraît être absolument libre de phases subjectives concomitantes. Il ne semble pas que des reproductions « idéales » aient jamais lieu dans ces centres; ils sont mis en activité par des courants centrifuges, et pour, autant que nous en avons la preuve, l'arrivée en eux de mouvements moléculaires qui, immédiatement après, se rendent aux muscles par les nerfs moteurs, craniens et spinaux, est un simple phénomène physique. C'est le changement de condition du muscle ainsi excité et des parties contiguës, changement occasionné par le mouvement qui engendre un groupe d'impressions centripètes dont le terminus est le centre kinesthétique. Celui-ci est donc un véritable centre sensitif, et des *mouvements idéaux* peuvent être ravivés en lui, soit isolément, soit associés à des impressions visuelles qui s'y rapportent. Cela ne saurait produire que la plus grande confusion, si l'on attribue l'activité de ce centre sensitif à celle des centres moteurs. Le substratum cérébral de l'esprit ne comprend donc, en aucune manière, les processus qui ont lieu dans les centres moteurs du cerveau, où qu'ils puissent être situés. En d'autres termes, on ne peut regarder légitimement les opérations mentales comme étant en partie immédiatement dues à l'activité des centres moteurs. »

Dans son dernier mémoire, cet auteur s'élève de nouveau contre l'opinion de Wundt et de Bain. Il rapporte des cas bien connus de Demaux, de Landry, de Bazire, de Trousseau, dans lesquels il y avait disparition du sens musculaire, alors que les centres volitionnels, moteurs spinaux, les nerfs moteurs et les muscles pouvaient être mis en jeu comme à l'état normal (ces cas se rapportent à des ataxiques). « Ce qui prouve, dit-il, que la connaissance de l'état et de la contraction des muscles ne vient pas des impressions concomitantes des courants efférents de l'énergie nerveuse. » — « Je vais plus loin, ajoute-t-il, et je maintiens que les processus prenant place dans les centres moteurs et dans les nerfs moteurs sont des processus purement physiologiques, complètement dépourvus de conscience, c'est-à-dire que, depuis le moment où l'excitation motrice quitte les centres kinesthétiques jusqu'à celui où les contractions musculaires arrivent, nous avons seulement affaire à une série de processus physio-

logiques se passant dans les différents centres des nerfs moteurs. »

Pour lui, les idées motrices n'existent pas ; toutes nos idées de mouvement sont ravivées dans les centres sensoriels. Dès lors, il en arrive à nier les centres moteurs.

« Si, dit-il, nos sensations de mouvement sont concomitantes des courants efférents ; et si nous avons des idées des mouvements il y a des motifs sérieux d'admettre des centres moteurs dans l'écorce. Mais si c'est erroné et si toutes nos connaissances de mouvements viennent par les centres sensoriels il n'y a plus de raison d'admettre des centres moteurs, et ce dont on a seulement besoin, c'est l'existence des registres sensoriels des impressions produites par mouvement. En d'autres termes, les centres kinesthétiques doivent exister dans l'écorce au même titre que les autres centres d'impressions sensorielles avec lesquelles ils sont en relation fonctionnelle intime, tandis que la nécessité actuelle de l'existence des centres moteurs n'a pas encore été démontrée. »

Il s'appuie sur les opérations de Horsley rapportées par cet auteur (*British méd. Journal*, 1886) dans une communication à la Bristish medical Association [1], pour placer ses centres kinesthétiques au niveau des circonvolutions limitant la scissure de Rolando, c'est-à-dire au point même où se trouvent les centres moteurs de Ferrier, nouvel argument pour qu'il admettre les centres kinesthétiques exister seuls, à l'exclusion des centres moteurs. Comme nous l'avons dit plus haut, M. Babinski se propose de publier prochainement une nouvelle note tendant à prouver au contraire le rôle des centres moteurs. Nous avons vu quelle était à cet égard l'opinion de M. Charcot, qui considère les représentations motrices, précédant le mouvement, qui s'effectuent dans les centres moteurs, comme les seules indispensables à l'exécution du mouvement voulu. Tel est à peu près le résumé des opinions qui ont eu ou ont encore cours sur le sens musculaire. Comme on le voit, la question est loin d'être élucidée d'une façon définitive et les opinions les plus divergentes règnent encore à cet égard. Il faut espérer que l'étude plus approfondie des cas pathologiques où on observe la disparition du sens musculaire, en particulier dans l'hystérie [2],

[1] Voir la traduction de ce travail par M. Sorel dans le tome XIII des *Arch. de neurologie*.

[2] Voir *Iconographie photogr. de la Salpêtrière*, t. II.

permettra d'arriver à des données plus positives sur cette question des plus intéressantes tant au point de vue du mécanisme des mouvements qu'au point de vue plus général du fonctionnement du cerveau lui-même et des rapports qui existent entre la sensation et le mouvement.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. Monoplegia anæsthetica ; par le professeur Adamkiewicz. (*Wiener Medizinischen, Blätter*, nos 4 et 5, 1887.)

Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans.

Antécédents héréditaires nuls. — La mère, deux frères et deux sœurs bien portants. Père rhumatisant, mort récemment.

Début. — En septembre 1885, apparition soudaine et sans cause connue de douleurs dans le bras droit; gonflement du dos de la main et des doigts. Douleurs surtout la nuit, avec chaleur et sécrétion sudorale sur le bras et dans la paume de la main; ces douleurs durent quelques semaines puis diminuent. En octobre, apparition d'une grosse vésicule et consécutivement d'un ulcère du dos de la main droite près de l'articulation du poignet. Usage du bras absolument conservé. La malade faisait la cuisine et se brûlait souvent sans s'en douter, ce qui explique les phénomènes précédents. Ce fut ainsi qu'on s'aperçut qu'elle présentait une anesthésie complète du bras droit. Soignée sans succès.

Etat actuel (avril 1886). — Fille bien constituée, intelligente. Etat psychique normal. — A part les troubles observées au bras droit, rien d'anormal dans les autres parties du corps. Pas de douleur ovarienne, pas de douleur sur les apophyses épineuses. Organes des sens normaux. Pas d'amblyopie, ni de dyschromatopsie. Pas de troubles sensitifs de la peau ou des muqueuses. — Réflexes tendineux, fonctions des muscles et réactions électriques ne présentant rien de pathologique.

Bras droit. — Rien de particulier à la palpation. — Douleur nulle à la pression sur les troncs nerveux, sur le plexus brachial, au-dessus et au-dessous de la clavicule. Pouls identique à celui du côté sain. — Rien aux articulations ni aux muscles. La peau de-

vient livide à la pression, froide, humide, légèrement œdématiée. Doigts un peu plus épais du côté malade, par suite de l'œdème. Eschare durant plusieurs semaines à la face dorsale de la deuxième phalange du médius. Traces de brûlure sur le dos de la main.

Anesthésie complète de la peau au toucher, à la pression, à la piqûre, à la brûlure. On peut la tirailler avec des pinces, la transpercer sans résultat. Les courants électriques les plus forts et le pinceau faradique ne donnent rien ou n'éveillent qu'une sensation très légère dans le creux de l'aisselle et au bout des doigts. L'anesthésie occupe la face antérieure et postérieure du bras, l'épaule et toute la région de l'omoplate, sauf l'angle de l'os qui est épargné. En arrière elle arrive presque jusqu'à la colonne vertébrale; en avant elle recouvre une partie de la clavicule et de l'acromion. Elle s'étend en haut jusqu'à la moitié du bord libre du trapèze. — Sens musculaire aboli. Si on ferme les yeux de la malade, elle perd complètement l'usage de son bras et ne sait plus le trouver. Au contraire, elle s'en sert à merveille quand elle a les yeux ouverts, pour n'importe quel ouvrage, grossier ou délicat; elle coud, tricote, écrit, etc...

Diagnostic. — Les anesthésies reconnaissent deux causes principales : 1° ou bien il y a suppression de l'activité des appareils nerveux récepteurs (organes terminaux sensitifs de la peau), ou percepteurs (centres sensoriels de l'écorce); — 2° ou bien il y a interruption des conducteurs nerveux qui vont de l'un à l'autre de ces organes. Dans le cas actuel la première hypothèse peut être écartée. — Il n'y a pas de lésion des organes terminaux sensitifs de la peau, car, dans ce cas, ou bien l'anesthésie est durable, et alors il y a destruction nécessaire de ces organes et de la peau, ou bien elle est passagère et cesse avec la cause qui la provoque (narcotique, froid, troubles de la circulation).

On pourrait croire plus volontiers à une parésie des centres sensoriels de l'écorce, et à une anesthésie hystérique. La diffusion de l'anesthésie qui n'est pas limitée à un département nerveux spécial, mais s'étend à une large surface cutanée (caractère de l'anesthésie hystérique d'après Charcot) semble plaider en faveur de cette hypothèse. Il en est de même du fait que le bout des doigts et le creux de l'aisselle présentent encore un certain degré de sensibilité, qu'il y a pour ainsi dire des îlots de sensibilité dans un territoire d'anesthésie. — Mais notre malade ne présente aucun phénomène hystérique, ni psychique, ni sensoriel. — Au contraire, l'anesthésie s'accompagne ici de phénomènes indiquant un substratum organique de la lésion, à savoir : de la cyanose, de l'œdème, de l'augmentation de la sueur et des troubles trophiques qui se manifestent surtout par la ténacité des ulcérations cutanées.

D'autre part, certains caractères de l'anesthésie fonctionnelle

font défaut. L'application de sinapismes ne produit pas le phénomène du transfert, comme cela se voit souvent dans l'hystérie. Chez le malade dont il est question on n'a obtenu aucun résultat même par des applications prolongées (5 heures). La peau avait rougi, s'était enflammée et couverte de vésicules, mais l'anesthésie ne s'était pas modifiée. M. Adamkiewicz écarte, à cause de cela, l'hypothèse d'hystérie. Il s'agit par conséquent ici d'une lésion des conducteurs nerveux, c'est-à-dire soit des nerfs périphériques, soit des voies de conduction médullaires, soit des voies de conduction cérébrales.

On peut écarter la première hypothèse; en effet, outre quelques branches du plexus cervical, tous les nerfs sensitifs du plexus brachial sont malades; or ils sont intimement liés aux rameaux moteurs du même plexus; les affections qui pourraient les intéresser (névrite, tumeur) se manifesteraient, par conséquent, non seulement par des symptômes sensitifs, mais aussi par des phénomènes moteurs. De plus, rien dans les antécédents n'autorise l'hypothèse d'une maladie des nerfs périphériques; d'autant plus que dans ce cas, l'anesthésie n'aurait pas une étendue aussi considérable. En effet, même dans le cas d'arrachement du plexus brachial, Ross a montré que l'anesthésie n'intéresse pas le bras tout entier, mais seulement la main et l'avant-bras jusqu'au pli du coude. Elle dépasse le pli du coude sur la face antérieure et s'étend sous forme de languette jusqu'à environ la moitié du biceps.

On ne doit pas admettre non plus de lésion médullaire, car dans ce cas l'anesthésie se réduit à une parésie, à des paralysies partielles intéressant tel ou tel mode de sensibilité, occupant en général les deux côtés du corps et s'accompagnant de troubles de la motilité. Ainsi, dans le cas d'anesthésie alterne, l'autre bras ne serait pas épargné; il y aurait paralysie motrice, hyperesthésie et troubles trophiques de ce côté, toutes choses qui n'existent pas dans le cas qui nous occupe, et dans lequel il y a, de plus, absence totale de signes généraux. — On doit écarter également l'idée d'une lésion cérébrale.

Quelle peut donc être la lésion ? La malade n'a pas de paralysie motrice; elle a de l'anesthésie, des anomalies de la sécrétion sudorale, des troubles trophiques et circulatoires. La lésion doit donc se trouver dans un point où les nerfs sensitifs, sécrétoires et trophiques du bras droit sont réunis, sans qu'ils se mélangent aux fibres motrices. Ce point correspond à l'endroit où les racines postérieures sont unies aux ganglions intervertébraux. La lésion de cette région entraîne non seulement l'anesthésie, mais encore des troubles trophiques soit indirectement, par suite de la perte de la sensibilité et des réflexes, soit directement; Stricker a démontré, en effet, que les racines postérieures contiennent des nerfs vaso-

moteurs et trophiques bien que la grande masse de ces derniers passe par les racines antérieures pour aller au grand sympathique. — Pour le membre supérieur, ils passent par le 3e ganglion cervical, mais le peu d'importance des troubles trophiques dans notre cas, écarte toute idée d'altération de ce ganglion.

Les anomalies de la sécrétion de la sueur s'expliquent par le retentissement de l'affection des ganglions intervertébraux et des racines postérieures sur les nerfs de la sueur qui ne proviennent pas seulement du grand sympathique, mais en majeure partie du système cérébro-spinal, et qui sortent de la moelle avec les racines antérieures.

Etant donné l'état général excellent de la malade on devrait penser à une lésion localisée et bénigne. Les douleurs violentes du début qui reparaissaient avec les changements de temps, firent songer à une affection rhumatismale légère, à une sorte de pachyméningite cervico-brachiale intéressant seulement les racines postérieures et ayant amené un exsudat dans les parties voisines ou dans la gaine de ces racines. Dans ces conditions M. Adamkiewicz tenta d'agir d'une façon « catalytique » sur la partie malade à l'aide du courant continu, en combinant ce traitement avec des bains tièdes et l'iodure de potassium à l'intérieur.

Traitement électrique. — Séances de peu de durée avec courants faibles; pôle négatif sur les trous de conjugaison des vertèbres cervicales inférieures et sur le sympathique cervical ; pôle positif sur les troncs nerveux du plexus brachial. De temps à autre, quelques secousses galvaniques dans tout le plexus.

Au début, retour très passager de la sensibilité ; puis retour durable, mais l'anesthésie reparaissait d'une facon transitoire avec les changements de température. A la fin de juin, trois mois après le commencement du traitement, la malade pouvait être considérée comme guérie. L'affection n'a pas reparu depuis.

Peut-être certaines anesthésies rhumatismales toxiques rentrent-elles dans le même cadre. Mais comme les symptômes cliniques dépendent non pas du processus pathologique, mais de l'organe atteint, on peut réunir toutes ces affections des racines postérieures, sous le nom de monoplégie anesthésique, quand il s'agit d'un membre. On ajoutera à cette dénomination l'épithète de rhumatismale, toxique, etc., suivant les cas.

Cette observation est très intéressante, mais nous devons dire que nous ne partageons pas l'avis de l'auteur au sujet du diagnostic. M. Adamkiewicz se fonde, comme on le voit, pour rejeter le diagnostic d'hystérie sur les motifs suivants : 1° absence de stigmates hystériques et en particulier absence de l'état mental propre aux hystériques ; 2° présence de

troubles trophiques. Qu'il nous soit permis de soumettre à la critique les arguments invoqués par M. Adamkiewicz.

Tout d'abord on peut se demander si réellement dans ce cas tout stigmate de l'hystérie faisait défaut. En effet, en ce qui concerne les phénomènes oculaires, l'auteur fait remarquer qu'il n'y avait pas d'amblyopie, ni de dyschromatopsie, mais il ne dit pas si le champ visuel a été exploré, si la polyopie monoculaire a été recherchée. Or cette polyopie spéciale et le rétrécissement du champ visuel constituant des caractères de l'hystérie d'une importance fondamentale, il eût été bon de spécifier si l'examen a été pratiqué à ce point de vue. Pourtant, admettons qu'il en a été ainsi et que le résultat a été négatif. Est-ce là une raison suffisante pour rejeter catégoriquement l'hypothèse d'hystérie? Non certainement. Ne sait-on pas que cette névrose peut se manifester quelquefois par des phénomènes isolés? Il est même assez commun de rencontrer des cas de contracture spasmodique des membres inférieurs, de mutisme, de hoquet, qui sont, à n'en pas douter, sous la dépendance de l'hystérie, et qui constituent ses seules manifestations, sans qu'il soit possible d'observer chez les malades aucun stigmate. C'est là l'hystérie monosymptomatique. — Je crois aussi utile de faire observer ici que cette mobilité dans les idées et dans l'humeur, ces tendances impulsives des malades à rire et à pleurer sans motif, que l'on observe fréquemment chez les hystériques, sont loin de constituer, comme beaucoup de médecins semblent le croire, un caractère essentiel. Cet état psychique particulier fait souvent défaut, et il existe beaucoup d'hystériques avérés dont l'état mental est pourtant tout à fait normal.

Passons maintenant à la question des troubles trophiques. Les *phlyctènes*, les ulcérations étaient dues surtout, comme le fait remarquer M. Adamkiewicz lui-même, à des brûlures qui résultaient de l'anesthésie du membre et n'étaient pas par conséquent de véritables troubles trophiques. Du reste, c'est une erreur de croire que l'hystérie soit à l'abri d'altérations nutritives. L'amyotrophie elle-même peut se développer dans l'hystérie et atteindre même de fortes proportions. En ce qui concerne les troubles vaso-moteurs et sécrétoires, le refroidissement d'un membre anesthésié, *la sudation excessive*, ce sont là des phénomènes vulgaires dans l'hystérie.

Arrivons enfin à l'anesthésie. Les caractères sont à tous les

points de vue semblables à ceux que M. Charcot a relevés dans les observations de monoplégie brachiale hystéro-traumatiques qu'il a publiées [1]. La limite supérieure de l'anesthésie est en particulier digne d'être relevée, car dans tous les cas de monoplégie brachiale hystéro-traumatique, et dans les monoplégies que l'on développe par suggestion chez des hypnotiques, on retrouve toujours la même disposition. Parfois, lorsque la monoplégie disparaît, l'anesthésie persiste et se présente encore sous le même aspect. C'est ce qui a eu lieu en particulier

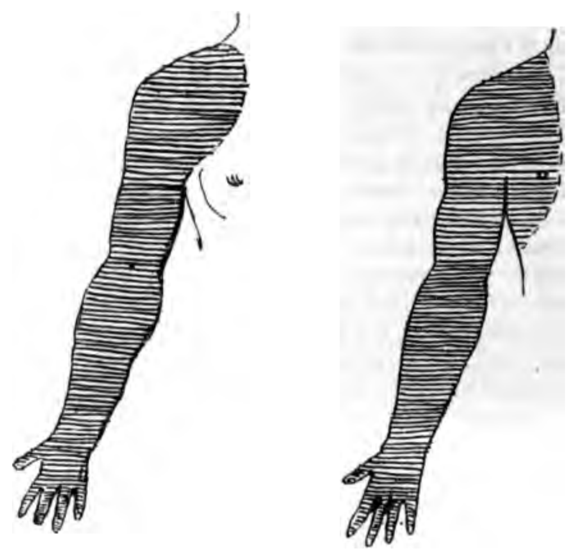


Fig. 1.

chez un des malades, le nommé Porcen... dont M. Charcot s'est servi pour établir les caractères de la monoplégie hystéro-traumatique. On peut voir sur la *figure* 1 un schéma représentant l'étendue de l'anesthésie dans ce cas, et on peut constater que ses limites sont exactement celles que l'on observe dans le cas de M. Adamkievicz en comparant cette figure à la *figure* 2, qui est la reproduction du schéma de M. Adamkiewicz. La persistance de la sensibilité à l'extrémité des doigts, l'intensité de l'anesthésie, la disparition de la sensibilité dans

[1] Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III.

ses divers modes (tact, douleur, température), la perte du sens musculaire sont aussi des caractères que l'on note fréquemment dans l'anesthésie hystérique. Enfin, le retour de la sensibilité sous l'influence du traitement électrique appartient aussi à cette espèce d'anesthésie.

Nous croyons avoir démontré par ce qui précède qu'il n'y a pas un seul argument permettant de rejeter l'hypothèse d'hystérie.

Voyons maintenant si le diagnostic porté par M. Adamkiewicz est de son côté soutenable. Nous sommes d'avis qu'il est

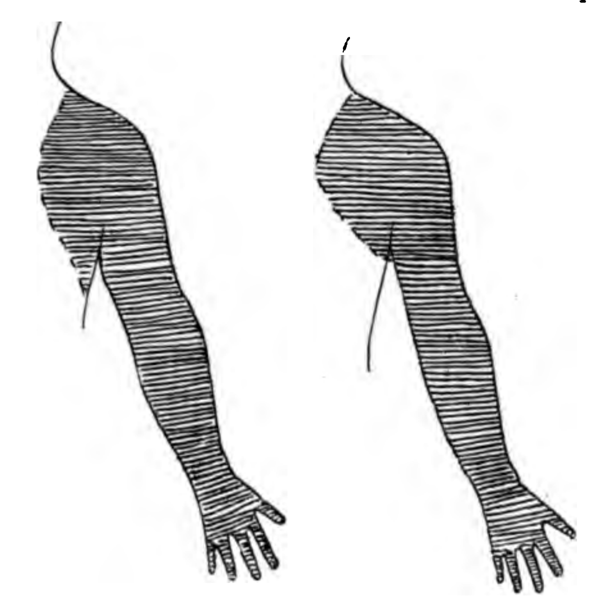


Fig. 2.

passible d'objections fondamentales. En effet, admettons d'abord, ce qui pourrait même être sujet à discussion, qu'une lésion occupant le siège présumé par M. Adamkiewicz puisse produire une anesthésie occupant les limites sus-indiquées, et poursuivons. S'il s'agit d'une légion nerveuse organique, en supposant qu'elle soit superficielle, il est impossible de comprendre l'intensité de l'anesthésie, et en supposant qu'elle soit profonde, on ne peut concevoir le retour si rapide de la sensibilité par le simple passage de courants électriques.

D'après nous cette anesthésie ne peut être due qu'à une modification dynamique du système nerveux, à une névrose, à l'hystérie. — Mais l'opinion que nous émettons ne prête-t-elle pas à son tour à la critique, et ne pourrait-on pas soutenir qu'en l'absence de tout stigmate hystérique, il est plus logique, tout en rejetant l'hypothèse de lésion matérielle, d'admettre qu'il s'agit là d'une névrose, produisant une anesthésie analogue à l'anesthésie hystérique, mais indépendante de l'hystérie? Si l'on soutient une pareille thèse, il faut, pour être logique jusqu'au bout, admettre autant d'espèces morbides qu'il y a de manifestations hystériques, puisque, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, chacune de ces manifestations peut se développer à l'état isolé. Il nous semble que ce serait là créer inutilement des espèces tout artificielles. N'est-il pas bien plus naturel de considérer les cas de cet ordre comme appartenant à l'hystérie et en constituant simplement une variété qu'on peut appeler l'hystérie locale, ou l'hystérie monosymptomatique suivant l'expression de M. Charcot.

Nous résumerons notre argumentation de la façon suivante: 1° le cas d'anesthésie du membre supérieur observé par M. Adamkiewicz présente tous les caractères de l'anesthésie hystérique; 2° aucune lésion organique ne pourrait produire une pareille anesthésie; 3° à moins de créer, ce qui nous paraît illogique, une espèce nouvelle de névrose qui se manifesterait par une anesthésie identique, à tous les points de vue, à l'anesthésie hystérique, il faut reconnaître que ce cas d'anesthésie doit rentrer dans le cadre de l'hystérie [1]. BABINSKI.

II. SURDITÉ VERBALE, APHÉMIE, HÉMIANESTHÉSIE DROITE; par M. PERRET. (*Lyon médical*, 1886, t. XLI.)

Ce travail est fondé sur l'observation d'une malade qui, à la suite d'une attaque d'apoplexie, resta hémianesthésique du côté droit et aphasique (aphémie et surdité verbale). Cette femme ayant succombé quelque temps après à une pneumonie, on trouva en faisant son autopsie un vaste foyer de ramollissement qui occupait les circonvolutions de l'insula, les trois quarts postérieurs des circonvolutions temporo-sphénoïdales, les lobules pariétal supérieur et inférieur et la plus grande partie du lobe occipital.

[1] M. Freud (*Neurologisches Centralblatt*, n° 6, 1887) a analysé le travail de M. Adamkiewicz, et il est aussi d'avis qu'il s'agit là d'une anesthésie hystérique.

Cette observation, que l'auteur rapproche d'un fait analogue publié par M. Déjerine, semble confirmer l'opinion des auteurs qui pensent que la localisation de la faculté du langage ne doit pas être restreinte à la circonvolution de Broca, dont l'intégrité était complète dans ce cas ainsi que les parties sous-jacentes du centre ovale. Jusqu'à présent toutefois, les troubles du langage produits par une lésion du lobule de l'insula ne paraissent pas différer de ceux qui résultent de la destruction de la circonvolution de Broca. Le ramollissement des circonvolutions temporo-sphénoïdales explique d'une façon suffisante la surdité verbale; quant à l'hémianesthésie, l'intégrité de la capsule interne, du centre ovale et des ganglions centraux démontre qu'il s'agissait d'une hémianesthésie d'origine corticale. G. Deny.

III. Crises épileptiformes provoquées par une otite moyenne chronique; par M. le Dr Noquet. (*Bull. méd. du Nord*, 1886.)

L'observation qui constitue la base de ce travail est celle d'un homme de quarante et un ans, sans antécédents héréditaires, qui depuis un an était sujet à des crises épileptiques qu'on ne savait à quoi attribuer. L'examen des oreilles dénota l'existence d'une otite chronique moyenne du côté droit dont le malade ne se doutait pas. Des insufflations d'air et de vapeurs dans la caisse répétées pendant plusieurs mois amenèrent la guérison. Le Dr Noquet en conclut que c'est à l'augmentation de pression du liquide intra-labyrinthique et à la compression des filets nerveux, qu'il faut attribuer dans ce cas les crises épileptiques. Il s'agirait en un mot d'une épilepsie réflexe. Cet accident est certainement plus rare que les vertiges et les chutes, qui ne s'accompagnent ni de perte, de connaissance, ni de convulsions, mais il est impossible dans l'état actuel de la science, de rendre compte de cette différence.

G. D.

IV. Méningocèle empêchant le travail: Spina bifida; par A. Loxton. (*Bristish med. Journ.*, mai 1887.)

Le 23 avril, je fus appelé auprès d'une femme de trente et un ans, pour son premier accouchement. A l'examen, je trouvai les diamètres du bassin normaux, et les parties molles, pour une primipare de son âge, remarquablement élastiques. Je diagnostiquai une présentation du sommet, mais il y avait près de la tête quelque chose de très embarrassant au toucher. Le travail progressa rapidement jusqu'à ce que l'occiput fût sous le pubis. Alors, quoique les douleurs fussent fortes et fréquentes, la tête refusa de changer de place, et le périnée ne se distendit pas. Il y avait suffisam-

ment de place sur les côtés, mais il était évident que le diamètre antéro-postérieur de la tête ne pouvait permettre à l'extension de se produire, et la face restait par conséquent dans la concavité du sacrum. Après avoir attendu d'être complètement certain que l'enfant ne pourrait pas naître sans intervention, j'appliquai le forceps et fis la délivrance. A l'inspection, la tête avait l'apparence d'être énormément développée en arrière. Le péricrâne était normal et les proportions semblaient correctes, sauf le grand diamètre du nez à l'occiput. A la palpation je pouvais distinguer les bords postérieurs des pariétaux, la protubérance occipitale, et d'un côté une substance mince, comme du carton, que je supposai être les lames non réunies de l'occipital. Occupant cette position c'était une tumeur fluctuante, sessile, grosse comme une petite orange, oblitérant complètement la suture lambdoïde, et couverte apparemment par les tissus normaux du péricrâne. C'était seulement quand l'enfant criait qu'on notait une lividité anormale, et que la tumeur devenait très tendue. La pulsation n'était pas bien marquée. En tournant mon attention du côté de l'épine dorsale je trouvai une fente au niveau des deux dernières vertèbres dorsales et des trois vertèbres lombaires supérieures. Il n'y avait pas de tuméfaction ici, sauf quand l'enfant criait ou qu'on lui pressait sur sa tête. La peau s'arrêtait brusquement sur le bord de cette fente par un bord élevé, dans lequel on pouvait sentir les lames d'os mal développées. La fente était recouverte par une membrane transparente, rouge, qui commença bientôt à suppurer. La communication existant entre les deux anomalies fut prouvée après la mort : en pressant sur le méningocèle et sur le spina bifida, on déterminait de la fluctuation et le gonflement augmentait et diminuait alternativement. A tous les autres points de vue l'enfant, une fille, était bien développée. Elle était inerte, ne criait pas, ne prenait pas le sein, ne remuait pas les jambes. Elle mourut trente-six heures après sa naissance. S.

V. Note sur un cas de paralysie radiculaire spontanée du plexus brachial; par le Dr E. Dufourt. (*Lyon méd.*, 1886, t. LI.)

Il s'agit d'une malade âgée de trente et un ans, sans antécédents héréditaires, qui présentait du côté gauche une paralysie avec atrophie des muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur, long et court supinateur, sous-épineux et grand dentelé avec perte absolue de la contractilité faradique, réaction de dégénérescence pour la contractilité galvanique, retard et diminution de la sécrétion sudorale, sans troubles de la sensibilité, sauf une douleur à la pression au point de Erb.

Se fondant sur l'ensemble des caractères précédents, l'auteur conclut à l'existence d'une lésion des cinquième et sixième racines cervicales à leur point d'envergure entre les scalènes : type supérieur des paralysies radiculaires du plexus brachial.

Les paralysies de cette nature se produisent habituellement sous l'influence du traumatisme ou de la compression ; dans ce cas, au contraire, les accidents sont survenus spontanément et paraissent devoir être attribués au froid, la malade travaillant souvent le cou et la poitrine découverts. G. DENY.

VI. SUR LA PERTE DU RÉFLEXE ROTULIEN DANS LE DIABÈTE SUCRÉ ; par P. MARIE et G. GUINON. (*Revue de médecine*, 1886, t. VI, p. 640.)

Les auteurs se sont appliqués à démontrer l'importance de la constatation du signe de Westphall chez les diabétiques pour le diagnostic et le pronostic tant à l'aide de quatre observations nouvelles que d'une statistique empruntée au professeur Bouchard à qui l'on doit d'avoir le premier mis le fait en lumière. MM. Guinon et Marie pensent en outre qu'il y aurait peut-être matière à intéressante observation sinon même élément utile de diagnostic à tenter chez les diabétiques le rappel du réflexe rotulien aboli par le procédé de Jendrassik, sous l'influence des mouvements du tronc et des membres supérieurs.

Quoi qu'il en soit, la disparition du phénomène tendineux, impropre aussi bien à constituer une forme nouvelle de diabète qu'à réédifier une théorie nerveuse de cette affection (de Ferry de la Bellonne), ne s'observe que dans la période de cachexie, alors que le malade se trouve sous la menace des complications graves, cause ordinaire de la mort des diabétiques. Le taux de la mortalité chez les diabétiques privés du réflexe patellaire est le double au moins du taux de la mortalité chez les diabétiques qui l'ont conservé.

On verra dans la troisième observation, dans un cas de troubles nerveux disparates, combien furent utiles la recherche et la découverte de la glycosurie, commandées par la perte du réflexe rotulien. Le signe de Westphall imposera donc presque toujours l'analyse des urines et le résultat de cette analyse seul permettra de distinguer le *tabes* du *pseudo-tabes diabétique*. D. BERNARD.

VII. LES TUMEURS DES PLEXUS CHOROÏDES ; par J. AUDRY. (*Revue de médecine*, 1886, n° 11.)

Si ces néoplasies peuvent être l'objet de descriptions précises et curieuses d'anatomie pathologique, leur symptomatologie, quand elles en ont une, ne diffère en rien de celle de l'hydropisie ventriculaire, de celle des tumeurs cérébrales en général.

L'auteur considère successivement les tumeurs des plexus choroïdes dues au développement exagéré d'un élément normal de l'organe (*épithéliome, lipome, angiome, psammome, fibrome* et *myxome*), celles que constitue un élément étranger à leur structure (*enchondrome, ostéome, tubercules, carcinome, tumeurs parasitaires*), enfin leur *hypertrophie simple* et leur *dégénérescence kystique*. Plusieurs de ces descriptions manquent de précision, notamment celles du fait recueilli par lui et des tumeurs épithéliales auxquelles il le rattache. Aussi la ressemblance de ces néoplasies avec celles de la pie-mère externe est-elle affirmée, mais point démontrée. Les explications abondent dans ce mémoire, empruntées aux auteurs les plus divers de l'Allemagne pour nous faire pénétrer la pathogénie de la dégénérescence kystique des plexus. La plus simple et la plus vraisemblable a échappé. Ces kystes résulteraient simplement de l'absence de soudure par points des deux feuillets de la pie-mère interne qui engaine les plexus (Ch. Féré). Ceci démontre d'ailleurs que l'anatomie descriptive de ces parties n'a point moindre importance que leur anatomie de texture. Ni l'étiologie, ni la symptomatologie, patiemment relevées par l'auteur dans les vingt-cinq observations qu'il a réunies, n'offrent au clinicien aucun signe même incertain pour établir le diagnostic de ce genre de productions. Elles constitueront donc encore longtemps des trouvailles d'autopsie, trouvailles assez fréquentes à l'amphithéâtre de la Salpêtrière du moins. D. B.

VIII. CAS D'HYDROCÉPHALIE CHEZ UN ADULTE, AVEC AUGMENTATION DE VOLUME DE LA TÊTE ET ÉCOULEMENT DE LIQUIDE CLAIR PAR LE NEZ; par J. TOPPIN (de Bermondsey). (*Medical Press*, 20 avril 1887, p. 370.)

Il s'agit dans cette observation d'un malade âgé de soixante-neuf ans, que le Dr Toppin trouva ayant la face tuméfiée, surtout au niveau des paupières inférieures, avec une teinte terreuse; il présentait en outre une hernie double et une hydrocèle, ainsi que de l'œdème des jambes, surtout à droite : celle-ci avec une teinte érysipélateuse. De l'iodure de potassium fut ordonné, et le médecin revint l'après-midi; il trouva le malade debout, quoique se tenant difficilement, ponctionna l'hydrocèle. Le lendemain le malade était encore plus abattu, et l'auteur remarqua chez lui un écoulement de liquide clair par le nez. La femme du patient lui raconta que *cet écoulement existait depuis vingt mois*. Vingt-deux ans auparavant, il avait eu un érysipèle de la jambe droite; deux ans après il tomba sur le dos. Depuis ce temps, il porta une hydrocèle, qui fut ponctionnée plusieurs fois. Depuis douze mois environ, était survenu un écoulement incessant de liquide limpide par le nez, qui ennuyait beaucoup le malade. Cet écoulement était plus

prononcé le matin; le patient était somnolent, s'endormait souvent sur sa chaise. Depuis ce temps, sa femme avait remarqué une tuméfaction de la tête. L'auteur trouva une proéminence de forme ovale, commençant au niveau de la fontanelle antérieure et s'étendant en arrière sur une longueur de deux pouces. En arrière il remarqua une dépression au niveau de la suture coronale, et une autre au niveau de la suture lambdoïde où on sentait, entre les os du crâne, un écartement de près d'un quart de pouce. Quelque temps auparavant le malade s'était aperçu que son chapeau était trop étroit pour sa tête. Le troisième jour, le malade présentait la respiration de Cheyne-Stokes, le pouls battait 110 pulsations, la température était de 97°,6 (36°,40). L'urine contenait des flots d'albumine. On ne put recueillir du liquide s'écoulant par le nez. Le malade mourut le cinquième jour avec tous les signes du mal de Bright. L'autopsie ne put être faite. Il est fâcheux que l'observation n'ait pu être complétée, car il s'agit là d'un fait très rare sinon unique, dont la constatation anatomo-pathologique aurait seule pu montrer la cause. Une chose nous étonne : c'est l'écartement des os du crâne qui à l'âge du malade sont solidement soudés depuis longtemps. A. Raoult.

IX. Note sur un cas de péripachyméningite spinale; par le Dr W.-H. Morse.

L'observation, que relate l'auteur, est celle d'un jeune homme présentant des antécédents héréditaires nombreux. C'est ainsi que ses deux grands-pères étaient morts d'apoplexie; sa grand' mère avait longtemps présenté des phénomènes de mélancolie; sa mère était paralytique et son père mourut d'apoplexie pendant la durée de l'observation. Enfant, il était d'une intelligence très vive, à dix-neuf ans, on dut l'empêcher d'étudier à cause des migraines dont il souffrait. Un jour ayant été mouillé par une pluie froide, il présenta des douleurs dans le cou du côté droit. Le Dr Morse diagnostiqua un abcès sous-cutané de cette région. Quatre semaines après, il devint subitement paralysé de tout le côté droit. L'électrisation faradique fit disparaître presque entièrement ces phénomènes, au bout d'un traitement de cinq mois. L'abcès du cou avait pris l'aspect d'une masse indurée. La paralysie se guérit complètement, et le malade avait recouvré la santé, qui se continua sans retour pendant trois ans. A la fin d'octobre 1886, il présenta de la céphalalgie, des vertiges, de l'insomnie avec des douleurs musculaires dans la région dorsale, sans aucune cause apparente, sauf quelques abus d'alcool. Le cinquième jour, il fut pris de somnolence et de douleurs dorsales, qu'il comparait à de nombreuses piqûres d'aiguilles. On découvrit onze tumeurs adhérentes douloureuses au niveau du rhomboïde; une d'entre

elles était à gauche de la seconde vertèbre dorsale ; son ouverture laissa écouler du pus de mauvaise nature ; d'une autre sortit une esquille osseuse. Bientôt après cette dernière ouverture, survinrent des convulsions pendant quarante secondes; trois nouveaux accès se produisirent. Le malade tomba dans le coma, et dix heures après, survint un spasme violent, suivi de la mort. Durant les six dernières heures, le pouls ne s'était pas modifié.

A l'autopsie, on découvrit au niveau des abcès de la région dorsale, une poche, s'étendant près de la colonne vertébrale sur une longueur de cinq pouces et demi. La dure-mère était entourée d'une masse, épaisse de plus de trois millimètres, à partir du niveau du foyer jusqu'à la dixième dorsale. La dure-mère et la pie-mère avaient une apparence normale ; la moelle était comprimée, mais ne présentait aucun signe de myélite. Les muscles et les gros troncs nerveux portaient des signes de processus inflammatoire.

Pendant la vie, ces symptômes de péripachyméningite avaient bien été différenciés par l'auteur de ceux d'une méningite spinale à laquelle on eût pu penser par suite de l'absence de céphalalgie, de contracture et d'exagération des réflexes. (*Medical Record. New-York*, janvier 1887.) A. RAOULT.

X. NÉVRITES MULTIPLES; par BUZZARD. (*Medical Record New-York*, 25 septembre 1886.)

Le Dr Buzzard a fait un heureux choix en prenant les névrites pour sujet de ses « Harveian Lectures » faites l'hiver dernier, car dans ces cinq dernières années les neurologistes ont fait quelque notable progrès dans l'étude de la question. Le point le plus important est la preuve donnée que la cause des cas de paralysies extensibles, de types très variés, est l'inflammation de la dégénérescence des nerfs périphériques seulement, sans que les centres nerveux soient touchés. Les formes de paralysies par suite de névrites multiples n'ont pas été décrites systématiquement dans les livres classiques, quoiqu'on ait publié des histoires cliniques à différentes époques depuis le Dr Lettsom, il y a un siècle; le Dr Buzzard cite une excellente description du Dr Graves d'une épidémie de névrite à Paris en 1828.

La névrite multiple, ordinaire, est une maladie due à quelque agent toxique ou à quelque miasme qui pénètre dans l'organisation. Elle se présente à l'état épidémique au Japon et dans l'Amérique du Sud sous le nom de beri-beri ou kakké. Dans l'Inde elle a été décrite sous le nom d'ignipédités et en France sous celui d'acrodynie. Quoique causée par une infection, elle peut naître à la suite d'une exposition au froid ou à l'humidité et produire la forme « rhumatismale » ; beaucoup plus souvent, dans cette contrée

et en Europe, elle est due aux excès alcooliques, à la diphthérie, à l'arsenic, au plomb et peut être à d'autres poisons métalliques. Les symptômes dans les cas types sont ceux qui suivaient naturellement une irritation ou une perte partielle ou complète de la fonction des nerfs des extrémités. Les malades ont d'abord des troubles sensitifs, des picotements, des fourmillements dans les mains et dans les pieds, puis une sensation de brûlure, des douleurs cuisantes, une grande sensibilité de la plante des pieds et peut-être de toutes les extrémités.

Avec les symptômes sensitifs, apparaît graduellement une faiblesse motrice et dans les mauvais cas une paralysie complète dont souffrent davantage les extrémités inférieures. Dans quelques cas les nerfs de la face et des yeux sont gris et le malade est sur son lit comme un naufragé sans secours. Il y a très rarement des douleurs en ceinture, comme il arrive dans la myélite, ni troubles vésicaux, ni rectaux.

Les muscles s'atrophient peu à peu et ont des réactions de dégénérescence partielle ou totale. Il y a souvent une sensibilité exagérée au toucher surtout sur les points moteurs et le long du trajet des nerfs. Quelquefois, surtout dans les cas alcooliques et diphthéritiques, les symptômes ressemblent à ceux de l'ataxie locomotrice. Il y a abolition des réflexes tendineux et une ataxie très marquée sans grande perte de force musculaire ; ces cas sont connus sous le nom de pseudo-tabès alcooliques ou diphthéritiques. Ils peuvent tromper le médecin s'il n'y prend garde et l'amener à un pronostic et à un diagnostic faux.

Le pronostic dans la névrite multiple est généralement bon. Le malade guérit, quoiqu'il faille souvent longtemps attendre la guérison. Le complet retour à la santé est impossible seulement dans les cas où il y a une trop grande atrophie musculaire.

Les anatomo-pathologistes divisent la névrite en deux classes : la névrite interstitielle et la névrite parenchymateuse. Les deux formes généralement sont plus ou moins mélangées. La forme interstitielle prédomine dans les cas plus localisés dus à l'influence du rhumatisme, à la diphthérie, aux fièvres infectieuses et aux traumatismes. C'est la forme parenchymateuse qu'on trouve dans la névrite multiple que nous venons de décrire. On a remarqué que la névrite parenchymateuse n'atteint souvent que certains segments des nerfs et par suite on l'a appelée névrite segmentée.

La névrite multiple a une durée de plusieurs semaines et la longueur de la convalescence dépend de la gravité du cas et surtout de l'étendue de l'atrophie musculaire. Pour le *traitement*, il y a d'abord peu de choses à faire si ce n'est de calmer les symptômes. Plus tard le traitement électrique, mécanique et tonique est indiqué.

PILLIET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 25 avril 1887. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Prix Esquirol. — La Société n'avait à décerner cette année qu'un seul prix, celui d'Esquirol. Après lecture du rapport de M. Charpentier, le président ouvre le pli cacheté contenant le nom du candidat récompensé et proclame lauréat M. Pichon, chef de clinique à Sainte-Anne.

Eloge de Moreau (de Tours). — La fin de la séance est consacrée à la lecture, par M. RITTI secrétaire général, d'un remarquable éloge de Moreau, de Tours.

Le soir un grand banquet réunissait chez Brébant les membres de la Société. — Plusieurs toasts ont été portés aux progrès et à l'avenir de la médecine mentale. M. B.

Séance du 23 mai 1887. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Présentation de malades. — M. CHAMBARD présente un homme de vingt-trois ans, ancien alcoolique, débile, mais nullement hystérique, porteur de deux affections cutanées rares et intéressantes : l'une, du domaine de la dermatologie pure, est un érythrasma, dermatose érythémato-squameuse parasitaire, due à la végétation au sein de la couche cornée de l'épiderme du *microsporus minutissimus*. L'autre, plus rare encore, intéresse davantage les neurologistes. Elle est caractérisée par une *urticaire artificielle* dont on peut suivre toutes les phases et qui succède avec la plus grande facilité aux excitations mécaniques de la peau ; de sorte que l'on peut voir s'y dessiner, d'abord sous forme de ligne anémique très fugitive, puis sous celle de traînée congestive plus durable, enfin avec un relief considérable, l'empreinte des corps que l'on y a appliqués ou la figure du dessin que l'on trace à sa surface avec un corps mousse quelconque. M. Chambard appelle *neurodermatose stéréographique* cette névrose vaso-motrice, dont on ne connaît que peu d'exemples et qui s'était rencontrée jusqu'ici à peu près exclusivement chez les hystériques.

Paralysie générale avec délire hypochondriaque et attaques hystériformes. — M. Chambard lit ensuite un travail sur un cas de paralysie générale avec délire hypochondriaque et attaques hystériformes chez un homme. L'individu était un héréditaire ; il entrait à Ville-Evrard avec le délire hypochondriaque que M. Baillarger croit propre aux paralytiques, mais sans le moindre trouble apparent de la motilité et présentait pendant son séjour de nombreuses attaques hystériformes. Ce n'est que peu de temps avant sa mort, survenue au bout de cinq semaines par pneumonie, que l'on put constater chez lui un commencement d'eschare dorsale et de l'inégalité pupillaire. A l'autopsie l'on trouva des lésions très manifestes de méningo-encéphalite diffuse : épaississement et adhérences des méninges avec ramollissement cortical aux lieux d'élection, granulations épendymaires, etc.

Ce cas est apporté à l'appui des idées de M. Baillarger, sur la spécificité du délire hypochondriaque des paralytiques et comme un exemple des difficultés du diagnostic, lorsque le délire existe seul et est assez restreint pour empêcher de juger du niveau mental des malades. Le diagnostic de la paralysie générale ne pouvait, dans l'espèce, qu'être soupçonné jusqu'à une époque voisine de la mort, malgré le caractère du délire, l'histoire de l'affection et la coexistence des attaques hystériformes ; l'apparition tardive de l'eschare et l'inégalité pupillaire ont rendu plus probable, mais ce n'est qu'à l'autopsie que cette probabilité devint voisine de la certitude.

M. Magnan ne croit pas qu'il y ait certitude de paralysie générale : l'inégalité pupillaire et l'eschare peuvent s'expliquer par la pneumonie ultime. Il n'accepterait, pour sa part, ce diagnostic comme rigoureux que si l'examen microscopique des lésions l'avait confirmé.

M. Chambard regrette de n'avoir pu procéder à cet examen microscopique ; l'observation lui a cependant paru intéressante à rapporter, précisément à cause des difficultés du diagnostic; il ne se dissimule pas d'ailleurs que, considéré isolement, chacun des faits cliniques et anatomo-pathogiques sur lesquels son diagnostic repose n'a qu'une valeur relative. La spécificité du délire hypochondriaque de M. Baillarger a trouvé depuis 1860 beaucoup d'adversaires; l'eschare et le trouble pupillaire peuvent être le fait de la pneumonie et cette affection s'accompagne parfois d'un certain degré de méningite; il estime cependant que la concordance de tous ces faits lui confère, sinon une certitude absolue, du moins une très grande probabilité.

M. le Président ,remercie M. Chambard de ses intéressantes communications.

Du délire chronique (suite de la discussion). — M. Christian. —

Dans les discussions qui viennent de se succéder dans nos séances, sur les *folies héréditaires* d'abord sur le *délire chronique* ensuite, je crois apercevoir une tendance générale à laquelle, pour ma part, je serais heureux d'applaudir sans réserve, si elle me paraissait actuellement réalisable, — celle de grouper d'une façon rationnelle les différentes formes décrites de la folie. — Morel avait déjà fait cet essai. S'il n'a pas réussi, du moins y avait-il dans sa tentative quelque chose de vrai et de fondé, car, depuis lui, ses idées ont été reprises par des observateurs distingués qui n'ont rien négligé pour les faire triompher. Suivant eux, la folie des persécutions ne serait en aucun cas une affection accidentelle, survenant dans le cours de l'existence; ce serait au contraire « un processus tellement net et défini que l'on peut prédire la série des phases successives que va parcourir le délire, depuis le stade initial jusqu'à une terminaison inexorablement la même ». Ce serait, en un mot, comme dans la nature : la fleur succédant au bourgeon, et aboutissant au fruit. De cette façon, le *délire des persécutions*, cette magistrale création de Lasègue, ne serait plus qu'un épisode dans ce que MM. Magnan, Garnier, Briand et beaucoup de nos distingués collègues proposent d'appeler le *délire chronique* : théorie séduisante, mais que je ne saurais accepter sans réserve et à laquelle je vous demande la permission de présenter quelques observations.

M. Christian, passant ensuite en revue les opinions précédemment émises, reconnaît volontiers que le délire des persécutions est toujours précédé d'une période d'incubation hypochondriaque, mais il ne pense pas que le passage de la première période à la seconde soit nécessaire et fatal. De telle façon, qu'en disant que le délire des persécutions succède au délire hypochondriaque, on avance certainement un fait vrai, mais on n'établit pas une loi générale : il reste à dire pourquoi tel hypochondriaque devient un persécuté, tandis que tel autre, en apparence, tout semblable, ne sera jamais qu'un hypochondriaque? La proposition d'après laquelle le délire des persécutions ne serait qu'une étape devant mener au délire ambitieux, paraît aussi beaucoup trop absolue à l'orateur; il a connu un grand nombre de persécutés qui sont restés persécutés toute leur vie et qui jamais, à aucun moment, n'ont présenté d'idées de grandeur. « Ni M. Garnier, ni M. Briand, dit-il, ne veulent admettre ces faits : pour eux, l'apparition du délire ambitieux est fatal; tôt ou tard il doit survenir; s'il n'y a pas d'idées de grandeur maintenant, il y en aura dans un mois, dans un an, dans dix ans! Il n'y a qu'à attendre. Mais si d'aventure, le malade meurt après avoir rabâché pendant trente ou quarante ans ses idées de persécution sans avoir eu la moindre bouffée ambitieuse, que devient l'argumentation de nos collègues? Et que l'on ne croie pas que j'invente des faits pour les besoins de ma cause : il s'agit d'observations qui m'avaient frappé depuis

longtemps, et je les cite d'autant plus volontiers que les malades dont il s'agit sont connus de plusieurs d'entre vous. MM. Foville et Ritti me permettront d'en appeler à leur témoignage. »

M. Christian rapporte ensuite un certain nombre d'observations à l'appui de sa thèse: d'abord celle du capitaine A., qui a tué le Dr Marchand; il n'a jamais été ambitieux; puis celle d'un fonctionnaire poursuivi depuis plusieurs années par une Société secrète (la *Camora*), et qui n'est pas encore mégalomane. Il existe même, selon M. Christian, une catégorie de persécutés chez lesquels on peut affirmer que jamais, à aucun moment, il ne surviendra de délire des grandeurs : ce sont ceux dont le délire repose exclusivement sur des troubles de la sensibilité génitale. Ces malades n'arrivent jamais à la mégalomanie. « Je citerai entre autres, ajoute M. Christian, cet ancien officier de marine qui est resté à Charenton pendant vingt-sept ans, et dont j'ai rapporté l'observation ici même, il y a quelques années, mais à un autre point de vue : ce malade était absolument remarquable par son délire qui s'alimentait presque exclusivement dans de fausses sensations génitales. Jamais il n'a été mégalomaniaque.

Après avoir cité quelques autres observations fort intéressantes, M. Christian, passant en revue les rares aliénés chez lesquels la transformation s'opère, nie que le raisonnement logique soit pour rien dans cette tranformation : elle s'effectuerait plutôt à la suite de troubles sensoriels, illusions et hallucinations. Si l'on considère enfin comme signes caractéristiques de la démence ses deux symptômes fondamentaux qui ne manquent jamais — l'affaiblissement intellectuel et la perte de la mémoire — les persécutés, selon lui, ne deviendraient pas déments par le seul fait de l'évolution de leur délire.

M. Briand. Je voudrais avant la clôture de la discussion répondre quelques mots à M. Christian : Notre honorable collègue, nous oppose, avec son talent habituel, l'observation d'un certain nombre d'aliénés chez lesquels le délire des persécutions ne se transforme pas en idées ambitieuses; il nous dit notamment que ceux dont le délire repose sur des troubles de la sensibilité génitale ne deviennent jamais mégalomanes. De sorte que cette transformation qui, pour nous, est une règle n'est pour lui qu'une exception. Ces cas choisis ne me semblent pas infirmer notre doctrine dont M. Garnier a fait l'exposition avec clarté. Il nous serait facile de répondre à M. Christian par un choix plus considérable que le sien de délirants chroniques conformes à notre type. Si la discussion s'engage dans cette voie, il faut faire franchement appel à la statistique. Que chacun de nous apporte ici les observations qu'il aura pu recueillir, nous arriverons alors, à l'aide de ces documents, à catégoriser avec exactitude les cas où la transformation est l'exception et ceux, à mon sens beaucoup

plus nombreux, où elle est la règle. La Société pourra alors être appelée à se prononcer avec connaissance complète de cause.

Il est un autre point du discours de M. Christian, auquel je voudrais répondre encore pour l'écarter définitivement du débat Nous ne faisons pas de la déduction logique, comme semble le croire notre savant contradicteur, la cause exclusive de la transformation du délire à chacune de ses étapes. J'ai simplement voulu dire, pour ma part, que ces malades échafaudent si bien leur délire qu'*il semblerait* être, dans certains cas, la conséquence d'une logique mal appliquée. Mais, à côté de ces faits, j'aurais pu vous en citer d'autres bien différents : j'ai observé, dans le service de M. Magnan, un délirant chronique chez lequel les idées ambitieuses étaient survenues à la suite d'une hallucination de l'ouïe : en sortant de chez un marchand de vins, il entendit une voix qui, pour la première fois, le salua du nom de Napoléon. Il se présenta aussitôt dans un poste de police pour demander qu'on l'aidât à monter sur le trône. Le lendemain, il entrait à Sainte-Anne pour la seconde fois : « Vous ne me prendrez plus, disait-il, pour un fou, vous comprenez, comme moi, maintenant le motif de leurs persécutions : ils voulaient m'empêcher de gouverner. » Ce malade était, en outre, atteint d'un eczéma de la lèvre supérieure pour lequel l'épilation avait été jugée nécessaire. On eût toutes les peines du monde à obtenir qu'il s'y soumît : « Un Napoléon, disait-il, doit toujours conserver la moustache. »

M. Doutrebente. En l'absence de M. Foville, dont M. Christian invoque le témoignage, je dois à la vérité de dire que j'ai suivi pendant mon internat à Charenton, l'un des malades qu'il nous cite comme n'ayant pas eu d'idées ambitieuses; je veux parler de l'officier de marine très célèbre par différentes particularités, d'un délire reposant sur des troubles de la sensibilité génitale. Eh bien, ce même aliéné nous était, dès cette époque, présenté par Calmeil comme un type de mégalomaniaque.

M. Briand insiste pour que la société prenne bonne note de l'opinion de M. Doutrebente qui intervient fort à propos dans la discussion. Il n'est pas toujours commode, ajoute-t-il, de faire avouer par les délirants chroniques leurs idées ambitieuses qu'ils cachent parfois avec grand soin ; elles jurent tellement avec le bons sens, elles ont si souvent attiré des algarades aux malades qu'ils les dissimulent souvent plus volontiers qu'ils ne dissimulent leurs idées de persécutions ; celles-ci reposent sur des faits, à la grande rigueur, possibles sinon vraisemblables et moins susceptibles d'entraîner l'incrédulité et la moquerie de l'entourage. Peut-être trouvera-t-on dans ce fait la cause du petit nombre apparent de délirants chroniques ambitieux.

M. Falret croit, comme M. Briand, que dans une discussion

de ce genre, la statistique a un rôle tout marqué et il demande que la discussion soit continuée.

M. LE PRÉSIDENT. Le délire chronique continuera à figurer à l'ordre du jour de nos séances. MARCEL BRIAND.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES RUSSES A MOSCOU

(*Suite*[1]).

V. M. VICTOROFF lit ensuite son travail *Sur l'assistance des aliénés dans le département de Moscou.* Dans ce département le nombre d'aliénés était, d'après la statistique de 1886, de 1,662 dont 995 hommes et 667 femmes. La grande majorité de ces malades est abandonnée aux soins de leurs parents, car les hospices de Moscou ne recevant pas les subsides du zemstwo refusent de recevoir des aliénés. Parmi ces abandonnés il y a au moins 300 maniaques violents qui restant en liberté présentent un grand danger pour la sécurité publique. Le rapport constate que le département et la ville de Moscou n'ont pas des moyens pour secourir leurs aliénés. Ainsi l'hospice Preobrajensky a dû refuser en 1885 353 aliénés et pendant les premiers neuf mois de 1886, 207. Il faut remarquer que la plupart de ces aliénés sont originaires du département et de la ville en question. Cette triste situation des aliénés devient encore plus frappante lorsqu'on compare les données statistiques sur le nombre de lits pour les aliénés à Moscou et à Saint-Pétersbourg. La ville de Moscou, dans tous ses hospices d'aliénés y compris les hospices privés et les annexes spéciales des hôpitaux généraux, possède en tout 637 places pour les aliénés, tandis que Saint-Pétersbourg a 1,955 places; autrement parler : à Moscou, il y a 1 lit pour 1,183 personnes; dans le gouvernement de Moscou, avec la capitale, — 1 lit pour 3,241 personnes; à Saint-Pétersbourg, 1 lit pour 441 personnes; dans le gouvernement de Saint-Pétersbourg et la capitale, 1 lit pour 828 personnes[2].

En présence de ces faits, l'auteur conseille au zemstwo du dé-

[1] Voir les *Archives*, t. XIII, n° 38, p. 309.

[2] A Moscou (statistique de 1882), la population est de 753,469 habitants; dans le département de Moscou avec la capitale, 2,070,978; à Saint-Pétersbourg (statistique de 1881), elle monte à 861,303 habitants; dans le gouvernement de Saint-Pétersbourg avec la capitale elle est de 1,618,614.

partement de Moscou, de construire une maison d'aliénés au moins pour 400 lits. Les dépenses qu'exigera cette construction montent à 800,000 roubles (2,000,000 fr.)

VI. Après ce rapport M. Kojevnikoff aborde l'intéressante question d'enseignement clinique des maladies mentales. Sa communication est intitulée ainsi : *Sur la construction des cliniques psychiatriques en général et de celle de Moscou en particulier*. Après avoir indiqué les conditions auxquelles doit satisfaire une clinique universitaire spécialement consacrée à l'enseignement de la pathologie mentale, l'auteur s'arrête sur la clinique de Moscou qui vient d'être construite avec des ressources fournies par une riche propriétaire, Mme Morozoff. Il vaut mieux, dit-il, avoir une petite clinique mais bien appropriée qu'un hospice ordinaire même très grand. Cette clinique doit être en communication intime avec les autres cliniques aussi bien à cause des rapports qui unissent ta pathologie mentale avec les autres branches de la médecine (et surtout avec la neuropathologie), qu'à cause de la facilité qu'on aurait dans ce cas de fréquenter plusieurs cliniques à la fois sans perdre inutilement son temps. Elle doit, en outre, avoir la possibilité de renouveler de temps en temps la population malade, ce qui sera facile à faire en se servant des hospices du département et de la ville. Une annexe spéciale de la clinique doit être réservée pour le placement préliminaire de l'examen des aliénés. Toutes ces conditions sont remplies par la clinique de Moscou. A cette communication M. Kowalewsky (de Kharcow) a fait observer que dans les facultés de province qui n'ont pas de cliniques psychiatriques à part, il faudrait imposer aux hospices civils de donner un certain nombre des salles à la Faculté et dans le cas où l'administration de ces hospices ne voudrait consentir, on pourrait faire intervenir tout simplement le pouvoir du haut gouvernement comme lorsqu'il s'agit, par exemple, d'exproprier un terrain privé pour la construction des chemins de fer, etc.

VII. La communication suivante, appartenant à M. Bajenoff, rend compte *de la nouvelle maison d'aliénés du département de Riazan*. Cette maison est construite sur le type des pavillons séparés. On a adopté ici le système du *patronage familial*, consistant, comme on sait, en ce qu'un certain nombre des malades chroniques sont placés chez les paysans des villages d'alentour avec lesquels ils vivent d'une vie commune en les aidant dans leurs travaux agricoles.

VIII. M. Roubinovitch (de Paris) a envoyé une communication *sur l'assistance des aliénés indigents qui sortent convalescents des établissements publics*. Cette communication, lue par M. le professeur Kowalewsky (de Kharcow), attire l'attention du congrès sur l'existence à Paris, d'un établissement fondé en 1848 par Falret

père, et ayant pour but la protection morale et matérielle des aliénés guéris, mais restés sans moyens d'existence etabandonnés par leurs familles. Après avoir démontré le mode de fonctionnement de cet établissement dont le principe philantropique est plein du sentiment moral, l'auteur conseille au congrès de prendre sur lui l'initiative pour l'institution d'établissements semblables en Russie.

IX. M. MINOR traite ensuite l'importante question du *traitement des alcooliques dans les établissements spéciaux*. L'existence en Amérique, en Angleterre et en Allemagne, d'établissements destinés au traitement des buveurs est pour l'auteur l'indice de la nécessité d'établissements semblables en Russie. Il démontre, et un grand nombre des membres du congrès sont de son avis, qu'une certaine partie d'ivrognes habitués, sont des malades et ont besoin des mesures législatives toutes autres que celles qui existent actuellement.

X. M. DANILLO a présenté son rapport *sur l'assistance des aliénés criminels ou prévenus de crime*. Selon l'auteur la différence qui existe entre un aliéné criminel et non criminel est l'effet d'un simple hasard. Au point de vue clinique aucune distinction ne saurait être établie entre ces deux genres d'aliénés, d'où il suit que la séparation ne trouverait pas sa raison d'être. Il faut avoir une section à part pour les malades violents, criminels ou non.

XI. La même question est traitée ensuite par M. JAKOVENKO dans une communication intitulée ainsi : *Faut-il placer les aliénés criminels avec les autres aliénés ou séparément?* Il arrive à la même conclusion que le rapporteur précédent avec cette seule différence qu'il conseille, en outre, d'instituer, à l'exemple de l'Europe occidentale et de l'Amérique, des maisons spéciales pour les jeunes idiots et épileptiques. Il considère cette institution comme une mesure préventive contre les crimes commis très souvent par ce genre de malades.

XII. M. KORSAKOFF a parlé de l'*assistance des aliénés chez eux ou par le patronage familial*. Il décrit le fonctionnement du patronage familial à Ilten (Hanovre). Ce système présente, d'après l'auteur, de grands avantages économiques. De plus, il empêche un encombrement outré des maisons d'aliénés. Il sera donc utile, dit M. Korsakoff, d'essayer ce système dans certaines localités russes. Les malades seront placés dans les familles qui habitent tout près de la maison d'aliénés, de façon à ce qu'ils soient continuellement sous la surveillance des médecins. Les aliénés indigents auront droit à une protection particulière de la société et de l'administration. Dans ce but, on imposera au commissaire de police de chaque village l'obligation d'informer le médecin de la circons-

cription de chaque cas nouveau d'aliénation mentale chez un habitant. Si le médecin trouve que le traitement du malade ne pourra se faire dans un milieu de famille, il ordonne son placement dans un établissement spécial, lequel sera obligé de le recevoir. Les frais de transport du malade dans l'établissement tomberont sur la commune (Zemstwo). Le rapport veut défendre aux parents de prendre un aliéné auquel la sortie est encore nuisible; il propose dans ce but, de donner à l'administration le droit de garder les malades autant qu'elle le jugera nécessaire. Quant au paiement pour le traitement, l'administration doit avoir le droit de dispense de cette charge ou de sa réapplication, si les parents pour des intérêts personnels, ne voulaient pas prendre un aliéné qui pourrait parfaitement vivre dans sa famille. L'auteur pense, en effet, que le traitement des aliénés n'impose pas nécessairement leur placement dans les maisons de santé ; il existerait même certaines formes d'aliénation mentale qui exigent un traitement en famille, d'autres pour lesquelles l'hôpital est indispensable. En tout cas, ce n'est pas dans la famille à eux que les aliénés doivent être placés, mais bien dans les familles qui se sont spécialement consacrées à cette sorte d'occupation comme celles des aliénistes ou celles qui se trouvent sous la surveillance directe d'aliénistes. Ce placement devrait se faire librement sans formalités compliquées. Relativement à la législation des aliénés, il y a lieu d'y introduire un certain nombre de modifications qui doivent avoir pour but non seulement de prévenir la possibilité de traiter un homme sain comme un aliéné, mais aussi de mettre à la portée de tous, tous les moyens possibles de traitement et même de les imposer, de veiller à ce que l'aliéné ne soit dangereux ni pour lui-même, ni pour la société, et aussi que sa fortune ne soit pas gaspillée. Pour garantir ces modifications législatives, les règles suivantes devraient être mises en vigueur : *a*) pour la population rurale, l'information au médecin de la circonscription de chaque cas d'aliénation mentale est obligatoire pour les autorités du village; le placement de l'aliéné dans un hospice est aussi obligatoire ; *b*) pour les classes aisées, le traitement est obligatoire ou, au moins, est obligatoire la surveillance du médecin sur la régularité du placement du malade; *c*) si le médecin considère tel ou tel traitement du malade comme impropre ou nuisible pour lui ou dangereux pour la société, il en informe l'administration, qui, après avoir vérifié la conclusion du médecin, émet une décision correspondante; et *d*) les conditions d'administration de la fortune d'un aliéné doivent être modifiées par l'introduction d'une *tutelle préliminaire* désignée aussitôt que la maladie sera constatée par le médecin.

XIII. M. GREIDENBERG a lu son rapport *sur la nécessité de la réorganisation des maisons d'aliénés des zemshwa*. Le rapporteur

a décrit la situation anormale des maisons d'aliénés et des aliénistes devant l'administration hospitalière et le zemstwo. Comme conséquence de la subordination des maisons d'aliénés à l'administration hospitalière, qui ne compte pas dans son sein des médecins spécialistes, résultait une situation détestable des malades, sans parler des aliénistes eux-mêmes qui avaient toujours de quoi se plaindre aussi. C'est pour cela que la situation actuelle de la plupart des maisons d'aliénés a besoin d'une réorganisation complète au point de vue administratif et économique. Il faut tout d'abord que la maison d'aliénés soit tout à fait indépendante et séparée des hôpitaux généraux. Cette condition est absolue ; sans elle toutes les autres réformes n'amélioreront nullement l'état actuel des choses. Cette condition étant remplie, il est nécessaire d'élaborer un type normal d'une maison d'aliénés pour tous les zemstwa auquel ce type serait imposé par le gouvernement impérial. C'est dans l'élaboration de ce type normal que doit consister une des tâches les plus importantes du premier congrès des aliénistes russes. Les débats qu'a provoqués cette communication sont ajournés jusqu'à l'audition du rapport suivant relatif au même sujet.

XIV. C'est le rapport de M. Droznes, *sur la réorganisation des anciennes maisons d'aliénés*. La nécessité de l'indépendance des maisons d'aliénés et des aliénistes est aussi la note dominante de cette communication. Les débats ont été très animés. L'opinion de M. Kowalewky (de Kharcow) mérite particulièrement d'être rapportée. Le grand obstacle au développement régulier des maisons d'aliénés dans les provinces réside le plus souvent dans la personne du médecin principal de l'hôpital. Ce médecin n'est pas spécialiste dans la plupart des cas ; étant cependant investi d'un pouvoir administratif absolu aussi bien sur l'hôpital général que sur son annexe d'aliénés, il est souvent hostile à des propositions émanant des médecins spécialistes attachés au service d'aliénés, propositions dont il n'est pas en mesure de comprendre toute la portée. Ces collisions entre les aliénistes et les médecins administrateurs sont, cela va sans dire, très nuisibles d'une part parce qu'elles immobilisent la situation impossible des maisons d'aliénés; d'autre part, parce qu'elles sont la cause des démissions trop fréquentes des aliénistes qui ne veulent pas se soumettre au despotisme d'un médecin ordinaire. Il faut donc donner une autonomie administrative aussi bien que médicale aux maisons d'aliénés en les séparant des hôpitaux généraux et en leur donnant comme directeurs des spécialistes, — telle est la conclusion de M. Kowalewsky, qu'il proposa au Congrès de soumettre à l'approbation du gouvernement. D'autres opinions encore ont été émises; nous ne y nous arrêterons pas. Qu'il nous suffise de présenter la série de conclusions adoptées par le Congrès et

formulées d'une façon très précise par M. Mierjewesky. Considérant que le traitement et l'assistance des aliénés diffère essentiellement sous beaucoup de rapports du traitement et de l'assistance des malades ordinaires, qu'une maison d'aliénés et son administration ne ressemblent en rien à un hôpital général, que les soins dus aux aliénés, leur nourriture, leurs vêtements, leurs travaux et distractions portent un cachet tout à fait spécial, que pour un traitement approprié des aliénés aussi bien que pour l'administration d'un hospice, il est nécessaire d'avoir des connaissances approfondies des maladies mentales et une expérience pratique qu'on acquiert seulement en travaillant dans les cliniques et les maisons d'aliénés, considérant, en somme, que la question du traitement régulier et de l'assistance des aliénés est mise à l'ordre du jour, de telle façon même que quelques *zemstwa* ont déjà construit des maisons spéciales pour les aliénés, tandis que d'autres se préparent à cette construction ; le premier congrès des aliénistes russes conclut qu'il est absolument nécessaire de transformer les annexes actuelles d'aliénés en maisons d'aliénés tout à fait indépendantes sous les rapports : médical, économique et administratif, de placer à la tête de ces maisons des médecins spécialement préparés, d'établir les rapports de ces maisons avec tous les autres organes administratifs au moyen d'un règlement approuvé par le ministre des affaires intérieures, et de fonder dans la capitale une administration centrale de toutes les maisons d'aliénés.

Une commission a été ensuite nommée pour l'élaboration d'un règlement-type des maisons d'aliénés. Ont été nommés : MM. Kowalewsky, Sikorsky, Greidenberg, Droznes, Fscheschott, Schteinberg, Litvinoff et Maltzeff. (*A suivre.*)

J. Roubinovitch.

BIBLIOGRAPHIE

I. *Les Démoniaques dans l'Art* ; par J.-M. Charcot (de l'Institut), et P. Richer ; avec 67 figures intercalées dans le texte. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1887.

« Nous nous proposons seulement de montrer la place que les accidents extérieurs de la névrose hystérique ont prise dans l'Art, alors qu'ils étaient considérés non point comme une maladie,

mais comme une perversion de l'âme due à la présence du démon et à ses agissements. » Telle est la définition que donnent MM. Charcot et Richer du terme « démoniaques » ; existe-t-il encore réellement à l'heure actuelle des gens qui puissent de bonne foi contester que possession et hystérie soient synonymes? S'il s'en trouvait la lecture de ce livre ne tarderait guère à les convaincre.

En publiant ce volume, MM. Charcot et Richer ne se sont pas bornés à enrichir le domaine commun d'un grand nombre d'œuvres d'art précieuses à plus d'un titre et parfois d'une rareté extrême; ils ont soumis celles-ci à une analyse délicate qui séparant ce qu'avait créé la seule imagination de ce qui était le fruit d'une observation éclairée et quelquefois géniale, leur a permis d'établir la valeur documentaire de ces œuvres diverses. Ils ont ainsi montré d'une façon irréfutable que les prétendues convulsions des démoniaques n'étaient que des attaques hystéro-épileptiques et qu'à ce point de vue les caractères de l'hystérie dans les siècles passés ne différaient en rien de ceux qu'on observe aujourd'hui.



Fig. 3. — *Le Christ délivrant un possédé.* — D'après un ivoire du ve siècle. Fragment de la couverture d'un évangéliaire de la bibliothèque de Ravenne.

Les œuvres d'art les plus diverses ont été mises à contribution: peintures, dessins, miniatures, sculptures, gravures, mosaïques, tapisseries, émaux, ivoires, plombs historiés, faïences ont fourni de curieux témoignages. (*Fig.* 3, 4, 5, 6, 7, 8.)

Pour donner une idée de la série des âges embrassés par ces intéressantes recherches, il suffira de noter qu'elles s'étendent du ve siècle à la fin du XVIIIe. L'époque de la Renaissance occupe d'ailleurs dans cette série la place prédominante qui lui est due à tous égards. L'ordre chronologique suivi par MM. Charcot et Richer rend leur livre d'autant plus précieux au point de vue de l'Histoire de l'Art.

Mais malgré l'adoption de l'ordre chronologique les auteurs ont su classer aussi leurs documents suivant certains groupes naturels, et à ce propos il faut signaler tout spécialement ceux qui ont trait : aux *transfigurations* (Stefano de l'école de Giotto, Raphaël, Déodat del Mont, Groupes de Varallo), aux *épidémies dansantes*, à la série des *possédées de Rubens*, aux *Convulsionnaires de Saint-*

servait-on là une d
ue l'on voit chez le
onstantinople pour c
récipitent sous les pa
se font écraser par les
dans la pratique actue
semble même que les A
religieux que beaucoup

Est-ce la cupidité qui
davantage. D'abord, sau
tateurs généreux sont si
ont de la peine à se proc
à la cérémonie, moutons,
(crevettes de terre). Et p
des spectateurs disposés
de profit. Les musiciens
fête et la recette leur est
leur peine. Il y a bien la
donner en spectacle à c
serait pas là un motif suff
pratiques qui demandent
déterminent une véritable
ne sont pas prodigues d'ef

Il est probable que ce
une satisfaction dans ces p
même que leurs exercice
excitation génésique. Il po
ces exercices il se produit
tion.

La pratique de ces danses
violente agitation n'est pas
saouas. On les retrouve en

faire est de laisser la parole aux auteurs : « La plupart des possédés créés par l'imagerie religieuse n'offrent guère qu'un intérêt historique et ne sauraient fournir aucun document sérieux



Fig. 5. — *Guérison d'une femme possédée au tombeau d'un saint.* Dessin extrait (d'après une photographie) d'un fragment d'une fresque de Francesco di Giorgio au Palais public. — Sienne.

à l'appui de la thèse de l'ancienneté que nous formulions en commençant.

Il n'en est pas de même pour les œuvres des maîtres de la Renaissance. Certaines d'entre elles, celles du Dominiquin, d'Andre del Sarte, de Rubens, pour ne citer que les plus célèbres, portent avec elles les preuves d'une scrupuleuse observation de la

nature. Nous retrouvons dans la figure du possédé tout un ensemble de caractères et de signes que le hasard seul n'a pu réunir, et des traits si précis que l'imagination ne saurait les avoir inventés. (*Fig.* 9, 10, 11.)

Bien plus, nous pouvons ajouter que du moins dans les cas particuliers dont il s'agit, le modèle dont s'est inspiré le peintre n'était autre qu'un sujet atteint de grande hystérie, et ce n'est pas une des moindres preuves de la perspicacité et de la sincérité de



Fig. 6. — *Saint Philippe de Néri délivrant une possédée.* Groupe dans une fresque de André del Sarte, dans el cloître de l'Annunziata, à Florence.

l'artiste, que ce diagnostic rétrospectif d'une affection nerveuse alors méconnue et attribuée à une cause surnaturelle.

D'autres artistes, il est vrai, parmi lesquels se place Raphaël, ont peint des démoniaques dont les convulsions — nous n'hésitons pas à le déclarer après Charles Bell — ne répondent à rien d'essentiellement réel, ni même de connu.

En parcourant les différentes pièces de notre collection, on peut constater d'une façon générale qu'au fur et à mesure que l'Art, quittant le langage symbolique, se transforme par l'étude détaillée de la nature, la figure du démoniaque dépouille les signes de la convention archaïque ou de la fantaisie personnelle pour revêtir



Fig. 7. — ***Danse de Saint-Guy.*** **Groupe tiré d'une gravure de Hondius, d'après Pierre Breughel**



Fig. 8. — ***Danse de Saint-Guy.*** **Groupe tiré d'une gravure de Hondius d'après Breughel.**

des caractères puisés dans la réalité et qu'il nous a été facile de reconnaître pour la plupart, comme appartenant à la grande névrose hystérique. »

A la suite de la partie du volume consacrée aux démoniaques proprement dits se trouve le chapitre des *Convulsionnaires de*



Fig. 9. — Danseurs de Saint-Guy, conduits en pèlerinage à l'église de Saint-Willibrod à Epternach, d'après un dessin de P. Breughel, galerie de l'archiduc Albert, à Vienne.

Saint-Médard qui en quelques pages met le lecteur au courant des principales péripéties de cette singulière épidémie.

Ayant rassemblé tous les éléments nécessaires, les auteurs comparent alors toutes ces descriptions du passé à ce qui se voit actuellement ; en regard des *démoniaques d'autrefois* ils mettent



Fig. 10. — *Sainte Catherine de Sienne délivre une possédée.* Gravure extraite d'une suite relative à la vie de sainte Catherine et exécutée d'après les dessins de Francesco Vanni.

les *démoniaques convulsionnaires d'aujourd'hui*, et étudiant point par point les manifestations qu'on observe chez ceux-ci ils montrent que toutes leurs attitudes, tous leurs mouvements sont bien ceux que présentaient les anciens possédés. Ici, en pleine période contemporaine, ce ne sont plus d'anciennes gravures qui sont mises à contribution pour illustrer le texte, mais les dessins de M. P. Richer; ni au point de vue de l'intensité de l'expression, ni au point



Fig. 11. — *Sainte Catherine de Sienne en extase.* Fragment d'une fresque de Sodoma dans l'église Saint-Dominique, à Sienne.

de vue de la valeur artistique ceux-ci n'ont rien à envier à leurs devanciers, et comme les précédents ce chapitre ne cesse pas de justifier son titre « les Démoniaques dans l'Art ».

Les dernières pages sont consacrées à l'étude de l'*extase*, et non sans raison car ce n'est là qu'une forme de la possession, mais combien différente de celle étudiée auparavant! Tout à l'heure c'était le diable et ses plus hideux démons qui tenaient garnison au dedans du malheureux patient, maintenant c'est la divinité elle-

même qui s'empare de l'homme, qui entre en communion intime avec lui ; mais aussi quels effets opposés : là, convulsions atroces de tous les membres, rictus hideux de la face, ici, au contraire, calme profond, absolu de tout le corps, transfiguration céleste du visage ; là, exorcisme avec ses pratiques les plus sévères et parfois torture, ici vénération, adoration universelles; les extatiques en un mot ne pourraient-ils être définis « les aristocrates de la possession ». A cet égard les auteurs ont donc été bien inspirés en accordant aux extatiques une place parmi « les Démoniaques dans l'Art ».

Au point de vue typographique ce volume fait grand honneur à MM. Delahaye et Lecrosnier; choix du format, beauté du papier et de l'impression, perfection des fac-similés, rien ne laisse à désirer.

PIERRE MARIE.

SÉNAT

DISCUSSION DU PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS[1].

Suite de la séance du mardi 30 *novembre* 1886[1].

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Lacombe.

M. LACOMBE. Messieurs, je crois qu'il est indispensable de bien préciser les termes de la question posée au Sénat. Je craindrais, en effet, qu'après ce que viennent de dire successivement à la tribune M. le rapporteur et M. le commissaire du Gouvernement, il n'y eût quelque confusion entre les dispositions de l'article 7 et celles de l'article 8 : l'article 7, le seul dont ait parlé M. le rapporteur, l'article 8, le seul ou à peu près dont ait parlé M. le commissaire du Gouvernement. Je crois, du reste, comme le disait tout à l'heure ce dernier, qu'il y a entre ces deux articles un lien tel, qu'il est, non seulement difficile, mais même impossible de discuter l'un sans indiquer tout au moins les dispositions prévues dans le second et sans rechercher quelles sont les modifications qui doivent être apportées à son texte.

Cherchons donc bien à préciser la question. Il y a un aliéné

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XIII, p. 135, 258 et 439.

dans une famille ; cet aliéné n'est pas placé dans un établissement public, ni dans un établissement faisant fonction d'établissement public. Plusieurs hypothèses sont encore possibles; elles sont tour à tour prévues par les divers paragraphes des articles 7 et 8. Je vais aussi les examiner successivement. Il peut se faire que l'état d'aliénation soit tel que le malade soit tranquille et facile à soigner ; qu'il n'y ait pas de coercition à exercer vis-à-vis de lui, suivant l'expression qui était employée à la dernière séance par l'honorable M. Delsol au nom de la commission. Il n'y aura donc pas dans ce cas de séquestration dans le sens qu'indiquait M. le commissaire du Gouvernement, lorsqu'il signalait la séquestration comme le grand danger à l'encontre duquel le Gouvernement voulait se prémunir par la rédaction proposée. Voilà donc une première distinction : d'une part, le cas où il y a séquestration; d'autre part, le cas où cette mesure n'est pas rendue nécessaire par l'état du malade. Mais il y a d'autres considérations à peser et il faut encore faire une sous-distinction suivant la manière dont se fera le traitement.

En restant donc toujours dans l'hypothèse où le malade est soigné par un de ses proches parents — sauf à discuter plus tard sur le degré de parenté auquel notre énumération devra s'arrêter — nous distinguerons avec la commission le cas où il vivra dans le domicile de ce proche parent qui lui donne personnellement des soins, ce sont les termes mêmes employés par la commission, et le cas où il sera soigné dans toute autre condition, par exemple, dans un domicile distinct ou par l'intermédiaire d'un tiers. Telles sont les diverses suppositions en présence desquelles la commission s'est placée. Quelles sont les solutions proposées par la commission pour chacun de ces divers cas?

Dans le premier, c'est-à-dire si l'aliéné est tranquille et qu'il n'y ait pas de séquestration ; s'il est, en outre, traité dans sa famille par son père ou l'un de ses ascendants ou descendants, son conjoint ou son tuteur, son frère ou sa sœur ; si, enfin, ce parent rapproché a avec le malade un domicile commun, et lui donne personnellement ses soins; dans ce cas, dis-je, il n'y a rien dans la loi : pas de nécessité de déclaration, pas de surveillance de l'autorité publique; la situation reste dans le projet ce qu'elle est aujourd'hui.

Mais si c'est la seconde hypothèse, ce malade tranquille et pour lequel il n'est pas question de séquestration est soigné dans d'autres conditions; si, par exemple, il l'est, même par son père et par sa mère, dans une maison spéciale au lieu de l'être dans leur propre domicile, une déclaration est exigée et doit être faite, d'après le projet de la commission, dans le mois, au procureur de la République de l'arrondissement. Et il ne faut pas croire que cette déclaration soit une vaine formalité !... A partir du moment

où elle est faite, la maison où l'aliéné est soigné — même seul, même, ainsi que je le dirai tout à l'heure, par le père de famille ou par son préposé sous sa surveillance et sa responsabilité, — cette maison est assujettie à tous les règlements, à toute les visites de médecins, de magistrats, de fonctionnaires de l'ordre administratif, tout comme s'il s'agissait d'un asile public d'aliénés ou d'un asile privé faisant fonction d'asile public. Voilà, messieurs, ce que la commission a proposé dans l'article 7.

Puis, arrive enfin le troisième cas, celui où l'état du malade oblige de le tenir enfermé, celui que l'on appelait tout à l'heure le cas de séquestration. Dans cette hypothèse prévue à l'article 8 du projet de loi, que le malade soit soigné par ses plus proches parents ou par des étrangers, qu'il reste dans la maison paternelle ou qu'il soit en dehors, que ce soit le père lui-même, si on le veut, qui lui prodigue personnellement ses soins, il importe peu : à partir du jour où la nécessité de la séquestration a duré plus de trois mois, il doit être fait une déclaration au procureur de la République, et alors, messieurs, ainsi que j'aurai l'occasion de l'expliquer tout à l'heure au Sénat, nous nous trouvons soumis à l'arbitraire absolu de ce magistrat, qui peut réglementer, comme il l'entend et sans contrôle, les mesures de surveillance qui doivent être appliquées. Voilà, dans les trois hypothèses successives, le système adopté par la commission.

Je conviens, messieurs, que l'idée qui a présidé à la rédaction des articles 7 et 8 met en présence deux grands intérêts : d'un côté, l'intérêt social, la mission de surveillance et le devoir, que je reconnais parfaitement incomber à l'Etat, de protéger le faible, celui qui ne peut pas se défendre. De l'autre, un intérêt aussi considérable, l'intérêt de la famille, un devoir aussi impérieux et un droit aussi respectable, celui qu'a le père ou le chef de la famille de surveiller ses proches lorsqu'ils sont malades, même lorsqu'ils sont atteints d'aliénation mentale, de leur assurer des soins efficaces et de présider à leur traitement.

Je conviens que la conciliation entre ces deux intérêts peut présenter des difficultés sérieuses; je reconnais qu'on peut hésiter beaucoup, et je vous avoue que ce n'est pas sans de grandes hésitations que, moi-même, j'ai cru devoir prendre parti et dire: La mission de surveillance de l'Etat doit s'exercer jusqu'à tel point, et le droit de la famille doit être respecté jusqu'à telle limite. Ce n'est qu'après une étude très sérieuse du rapport si complet de l'honorable M. Théophile Roussel et de ses intéressantes annexes que j'ai cru pouvoir me faire une opinion sur ces divers points, opinion qui a abouti à la rédaction des amendements que j'ai eu l'honneur de présenter sur les articles 7 et 8.

Je vous demande maintenant la permission de vous faire connaître dans quelle mesure j'ai cru devoir proposer des modifications

au projet de la commission. D'abord pour le premier cas, c'est-à-dire pour les malades tranquilles, qu'ils soient ou non soignés par leurs plus proches parents et au sein de leur famille, le Sénat se trouve en présence d'un premier système, mais qui n'émane pas de moi : celui qui a été exposé tout à l'heure à la tribune par l'honorable M. Roger-Marvaise. Je crois que ce système serait aussi la conséquence logique des considérations présentées par M. le commissaire du Gouvernement.

On pourrait peut-être dire en sa faveur que du moment qu'il n'y a pas de séquestration, qu'il n'y a pas de fait extérieur saisissable et alors qu'il n'y a pas non plus d'atteinte portée à la liberté individuelle, il est inutile que l'État intervienne. S'il n'y a pas de séquestration, son rôle est de se tenir à l'écart et son devoir ne l'oblige nullement à interposer sa surveillance ou son autorité. La conséquence de l'adoption de ce système serait le rejet de l'article 7 et le remaniement de l'article 8, et alors nous ne resterions plus en présence que des cas de séquestration.

Malgré l'importance incontestable de ces observations, je n'ai pas cru devoir aller jusque-là et, déférant aux considérations nombreuses qui ont été invoquées dans le rapport de la commission, j'ai admis que, même dans le cas où il n'y a pas de sequestration proprement dite, même dans le cas où on se trouve en présence d'un aliéné tranquille...

M. le Rapporteur. En traitement ! Le mot employé par la commisssion, c'est « l'aliéné traité ». Le traitement ne se fait pas dans la maison sans qu'on exerce une certaine action sur l'aliéné pour sa sûreté même, on ne peut pas le traiter sans cela !

C'est pour cela que l'on a pas mis : « en séquestration », ni « retenu par contrainte », mais « en traitement ».

M. Lacombe. Je sais très bien que l'article 7 ne prévoit pas le cas de coercition ; je viens de dire, au contraire, qu'il s'applique au cas où il n'y pas de séquestration, mais seulement au cas où le malade est traité dans des conditions ordinaires pour cause de maladie.

Mais vous m'accorderez bien que. si on le traite, c'est dans son intérêt ; c'est une circonstance favorable que je pourrais relever que celle du traitement, et il n'entrera pas sans doute dans les idées de la commission de considérer d'un œil moins favorable la famille qui fait traiter son malade que celle qui le laisse sans soins !

Je disais donc que, lorsqu'un aliéné est ainsi traité, les considérations d'ordre social invoquées par M. le rapporteur m'avaient fait admettre dans certains cas une certaine surveillance. Mais je n'ai pas consenti à en étendre les limites aussi loin que la commission. La commission dit : Nous nous abstiendrons de surveillance

dans le cas seulement où le père, la mère, le tuteur, le conjoint, le frère ou la sœur habitant dans le même domicile que l'aliéné lui donneront personnellement leurs soins. Eh bien, je dis qu'il y a là une exagération des précautions à prendre. Il y a notamment un cas qui n'a pas été prévu et qui se présentera cependant très fréquemment, celui où, malgré la diversité des domiciles, les soins personnels de la famille ne feront pas défaut à l'aliéné.

Je combats donc d'abord l'article de la commission, en ce qu'il exige la coexistence des deux conditions en ce qu'il impose la nécessité silmutanée de la cohabitation et de la personnalité des soins. En effet, si le proche parent qui a la charge du malade habite le même domicile que lui, c'est bien évidemment qu'il ne se désintéresse pas du traitement qu'on donne à ce malade avec lequel il cohabite. Et, d'un autre côté, il est très possible, il peut même être très fréquent, avec une maladie telle que l'aliénation mentale, que celui qui soigne le malade, mais qui n'est peut-être pas libre de toutes ses actions, ne puisse pas, dans l'intérêt même des autres membres de sa famille, demeurer avec l'aliéné; qu'il ne puisse pas, sans s'exposer aux plus graves inconvénients, avoir le même domicile que lui. Il peut alors lui faire construire un pavillon, comme on le disait tout à l'heure, en citant un passage du rapport de M. le docteur Blanche, ou bien le mettre dans une maison à côté de lui, dans la même rue ou dans le voisinage, ou encore lui faire donner des soins par une personne de confiance qu'il ira d'ailleurs surveiller fréquemment et dont il contrôlera la fidélité à l'exécution de ses ordres.

Et vous voulez que, si un père de famille fait soigner son enfant à côté de lui, dans une maison voisine, dans une rue rapprochée, s'il préside réellement aux soins qui lui sont donnés, par cela seul qu'il ne les lui donne pas chez lui et dans son propre domicile, et alors d'ailleurs, ne l'oublions pas, qu'il n'y a pas séquestration, vous voulez, dis-je, établir une surveillance qui sera la même que celle à laquelle sont soumis les asiles publics d'aliénés, c'est-à-dire une surveillance qui s'exercera par des visites très fréquentes des membres de la commission permanente, ou par celles des divers magistrats de l'ordre administratif ou judiciaire que vous autorisez ou que vous obligez à se présenter à des intervalles rapprochés dans ces établissements? Je ne le crois pas possible. Pour moi, messieurs, toutes les fois que le malade sera traité sous la surveillance et sous l'autorité du père de famille ou d'un proche parent en qui vous devez avoir confiance, et que d'un autre côté il n'y aura pas de séquestration, je vous dirai : Laissez le père de famille accomplir sa tâche, ne le soumettez pas ainsi à une surveillance que je trouve exagérée et respectez en lui les droits de famille.

Voilà pourquoi, sur l'article 7, l'amendement que j'ai proposé tend à substituer à la commission la rédaction suivante : « à

moins que l'un des parents — je discuterai tout à l'heure le degré de parenté — « n'ait son domicile dans la même maison que le malade « ou » ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés... » Et pour éviter toute équivoque sur cette expression : « préside personnellement aux soins », j'ajoute encore ceci : « soit d'ailleurs qu'il lui donne lui-même ses soins, soit qu'il les fasse donner par un tiers sous sa surveillance et sa responsabilité. » En un mot, ce que je veux, c'est que si un père de famille, je suppose, fait soigner son enfant par une personne qui a sa confiance s'il surveille personnellement, et s'il assume sur lui-même la responsabilité des soins qui lui sont donnés; je veux qu'à celui-là vous n'imposiez pas la surveillance exagérée, à mon avis, qui n'est édictée qu'en vue des établissements publics d'aliénés. (Vive approbation sur tous les bancs.)

Il y a maintenant une question que j'ai provisoirement laissée de côté et que je dois aborder. Jusqu'à quel degré de parenté irons-nous dans cette dispense des règles générales de surveillance édictées par la commission?

La commission s'arrête au degré de frère et de sœur; le projet primitif du Gouvernement s'arrêtait à un degré plus éloigné, au quatrième degré, c'est-à-dire au degré de cousin germain ; l'honorable M. Roger-Marvaise, dans son amendement, va encore plus loin : il va jusqu'au huitième degré. Dans ma proposition j'ai cru devoir reprendre le degré de parenté admis par le projet primitif du Gouvernement, c'est-à-dire le quatrième degré.

Dans les explications que j'ai données à la commission lorsqu'elle m'a fait l'honneur de m'appeler dans son sein, j'ai même admis que je pouvais abandonner certains parents du troisième et du quatrième degré. Je conviens qu'un cousin germain peut ne pas vous présenter toutes les garanties désirables; mais au moins faudrait-il à mes yeux, dans tous les cas, assimiler au père de famille les collatéraux de la branche ascendante, les oncles, les tantes, les grands-oncles, les grand'-tantes. Je ferais ainsi abandon du privilège de la parenté pour les neveux, les petits-neveux, les cousins germains, les autres cousins à un degré intermédiaire.

Pourquoi cela? Parce que, ainsi qu'on l'a dit bien souvent, dans les familles, l'affection descend et ne remonte guère. Nous pouvons être à peu près certains de l'affection des membres de la branche ascendante de la famille pour la génération qui vient après elle, tandis qu'il ne serait pas toujours vrai de dire que les neveux ont pour leurs oncles, et les cousins pour leurs cousins, un degré d'affection susceptible d'équivaloir aux garanties que la commission a entendu se réserver. Voilà pourquoi je me rallie au projet primitif du Gouvernement, qui restreignait la parenté dans le cas de l'article 7 aux collatéraux du quatrième degré, en acceptant même une nouvelle restriction, celle qui limite la dispense

des oncles, aux tantes, aux grands-oncles et grand'tantes parmi les collatéraux du troisième et du quatrième degré.

J'arrive enfin, messieurs, à la dernière hypothèse, celle où, par suite de la gravité de l'affection mentale, la séquestration devient nécessaire. Alors je comprends que l'on soit plus exigeant et que l'on ne pousse pas aussi loin la dispense de surveillance qu'on l'a fait pour le cas précédent, cela soit au point de vue des formalités à remplir, soit au point de vue de la parenté appelée à profiter d'une faveur exceptionnelle.

Dans le cas de séquestration, j'admets que l'on exige une déclaration à faire au procureur de la République toutes les fois que le malade ne se trouve pas confié aux soins de ses parents les plus proches. Ici, je ne ferai d'exception que pour les ascendants et descendants, pour l'époux et l'épouse ; pour tous les autres, je laisserai subsister cette obligation d'une déclaration à faire au magistrat du parquet.

La raison en est, comme le disait très justement l'honorable M. Roger-Marvaise, qu'ici il y a un fait patent et saisissable : celui de la séquestration; il y a une atteinte à la liberté individuelle justifiée, il est vrai par l'état mental du malade. Je comprends que dans ce cas, vous demandiez une déclaration ; je comprends encore que vous en imposiez l'obligation à un parent d'un degré plus rapproché, que lorsqu'il s'agissait des simples soins à donner à un aliéné tranquille. Mais faudrait-il aller plus loin et dire, comme la commission, que lorsque le procureur de la République aura reçu cet avertissement il restera absolument libre de prendre toutes les mesures de surveillance qu'il lui conviendra? Je ne crois pas qu'on puisse aller jusque-là, et je ne pense pas que le Sénat approuve en ce point le projet de la commission ainsi conçu :

« Le procureur de la République, après avoir transmis ces pièces au secrétariat de la commission permanente des aliénés et pris l'avis de cette commission peut, tant qu'il n'aura pas jugé nécessaire de recourir aux moyens de surveillance établis par la présente loi, décider, etc. »

J'admets, sans doute, le droit de surveillance du procureur de la République ; j'admets même que ce droit de surveillance se manifeste par la nécessité de certificats périodiques de médecins, certificats qui, d'après la commission, devraient être remis à des intervalles déterminés ne pouvant pas excéder trois mois. C'est même là, à mes yeux, une prescription d'une rigueur excessive; quant à moi, il me paraîtrait bien suffisant d'en fournir un tous les trois mois. C'est, du reste, un point sur lequel je pourrai revenir lorsque j'arriverai à discuter spécialement l'article 8, et je pourrai alors insister utilement sur cette prescription. Mais si le procureur de la République croit nécessaire d'arriver à une surveillance plus

effective, lui suffira-t-il de dire : Je prends sur moi de prescrire telle ou telle mesure de surveillance?

Il ne devrait pas en être ainsi. D'après notre législation, le procureur de la République, magistrat du ministère public, a un pouvoir d'action ou de réquisition ; il n'a pas un pouvoir de décision; et puisque la commission est arrivée à remettre — on ne peut que l'en féliciter — la surveillance des aliénés et les garanties d'ordre public qui peuvent sembler nécessaires, aux décisions des tribunaux, je ne vois qu'une combinaison admissible, c'est la suivante : si le procureur de la République, sur les renseignements qui lui seront donnés, sur les certificats qui seront produits, sur les enquêtes qu'il pourra faire officieusement, estime que d'autres garanties sont nécessaires, il les fera ordonner par le tribunal. Telle est la seule conciliation possible à mes yeux, entre les droits de la famille d'un côté, et les droits ou les intérêts de la société de l'autre.

Voilà donc, messieurs, l'importance des amendements que je soumets au Sénat. Je lui demande en premier lieu d'étendre le cercle de la famille un peu plus loin que ne le fait la commission; je lui demande encore d'admettre que toutes les fois que ce sera un membre rapproché de la famille qui soignera un malade par lui-même ou qui le fera soigner sous sa direction, sous sa surveillance et sous sa responsabilité, il y aura dispense de surveillance et de déclaration, si toutefois il n'y a pas séquestration ; et enfin, au cas où la séquestration est indispensable je demande que tout au moins on respecte le droit le plus naturel, le droit du père de famille.

L'amour paternel ne peut pas être suspecté ; c'est un amour qui survivra certainement, quoiqu'en ait dit M. le rapporteur tout à l'heure, à cette maladie redoutable de l'aliénation mentale, à toutes ses tristes conséquences : il sera toujours, par son dévouement à la hauteur des circonstances. Je crois donc qu'il faut tenir un grand compte de ce lien de famille, le considérer comme garantissant d'une manière suffisante que le malade recevra tous les soins nécessaires, à plus forte raison qu'il n'aura pas à subir les mauvais traitements que l'on paraît redouter pour lui.

Je sais bien qu'on fait une grave objection : on nous oppose les abus qui ont eu lieu, paraît-il, et dont nous entretient le rapport. Ces abus, nous dit-on, où se commettent-ils? Ce n'est pas dans les hospices privés ou publics d'aliénés, c'est bien plus souvent dans les familles. Je ne viens pas contester ce point; je veux aller avec la commission jusqu'à admettre cette constatation comme certaine. Je dirai tout au moins une chose : c'est que, d'une manière très générale, si l'on a pu justement faire de semblables reproches à des collatéraux avides et dépourvus d'affection, ce n'est pas aux parents vis-à-vis de leurs enfants qu'on peut jus-

tement les étendre. Sans doute, la nature nous donne parfois le spectacle de quelques monstruosités, de quelques difformités physiques ou morales : mais ce n'est pas en vue des exceptions qui peuvent se présenter à de rares intervalles que le législateur fait la loi, c'est pour la généralité des cas.

Prenez garde : en développant ainsi outre mesure selon moi, le droit de l'Etat, en l'introduisant comme un surveillant jaloux, même au sein de la famille, vous vous engagez dans une voie redoutable où la logique peut vous mener fort loin. Vous dites que vous voulez surveiller les aliénés d'une manière spéciale, parce qu'ils sont faibles, qu'ils ne peuvent pas se défendre, et que c'est au sein de leur famille qu'ils ont le plus de chance d'être maltraités.

Mais ce que vous dites de l'aliéné, ne pourriez-vous pas le dire de l'enfant ? Lui aussi est faible ; lui aussi est incapable de se défendre. Or, ce n'est pas dans les établissements publics que fréquentent les enfants qu'ils sont parfois maltraités ; s'ils le sont, et on ne peut constester que le fait ne se produise quelquefois, notamment au cas de convoi de l'un des conjoints survivants, — vous pouvez dire aussi que c'est dans votre propre famille. Eh bien, alors, qu'est-ce que vous ferez ? Ferez-vous plus que d'établir une répression pour les faits délectueux ou criminels dont la preuve aura été rapportée ? Irez-vous jusqu'au point où vous allez dans la loi actuelle ?

Etablirez-vous, non plus seulement une répression pénale, mais un système préventif ? car, remarquez-le bien, c'est là le but ou tout au moins le résultat de vos articles 7 et 8 ; vous redoutez que les mauvais traitements se produisent, qu'un délit soit commis, et vous voulez essayer de les arrêter en édictant un régime préventifs. Mais cette tendance est absolument contraire aux principes mêmes de notre droit. Depuis déjà bien longtemps, on a renoncé au système préventif et on se borne à attendre qu'un délit ou un crime ait été commis pour en assurer la répression.

En matière politique même, n'est-il pas vrai qu'on n'a considéré la liberté comme acquise qu'à partir du jour où l'on a renoncé au régime préventif ; que l'on a poursuivi sans relâche l'abrogation de toutes les lois qui disaient aussi : Nous voulons empêcher tel crime ou tel délit, et en prévenir la possibilité par telle ou telle mesure préalable ? Eh bien, si nous avons gagné quelque terrain du côté de la liberté politique, faut-il le perdre du côté de la liberté civile ? Et ce régime préventif, si vous en rejetez l'application aux crimes et aux délits politiques, n'y a-t-il pas de plus grandes raisons encore pour ne pas l'introduire dans la vie privée du citoyen.

Si vous édictez de pareilles mesures vis-à-vis de l'aliéné, il n'y aura aucune espèce de raison pour ne pas la faire vis-à-vis d'un

être aussi faible que lui, aussi incapable de se défendre que lui, vis-à-vis de l'enfant, et vous devez sous peine de faire banqueroute à la logique établir aussi au système préventif pour la protection de l'enfant dans la famille aussi bien que pour celle de l'aliéné.

Je ne crois pas que le Sénat veuille aller jusque-là. J'admets que lorsqu'il s'agit de parents peu rapprochés vous ayez recours à certaines garanties; que lorsqu'il y a séquestration pendant trois mois; que quand un fait aussi grave qu'une atteinte à la liberté individuelle vient à se produire, vous interveniez avec plus de soin encore et que vous imposiez une plus sérieuse surveillance ; mais je n'admettrai pas cette intervention illimitée de l'Etat dans la famille et surtout dans la famille la plus rapprochée. N'avez-vous pas remarqué, de plus, — et c'est la dernière considération que je veuille invoquer devant vous — que vous demandez au père de famille une déclaration bien pénible pour lui et de nature parfois à produire des résultats bien fâcheux?

En effet, je ne veux que signaler à nouveau, sans m'y appesantir comme je le pourrais, cette considération qui a déjà été émise dans ce débat. L'on sait combien il est douloureux de venir déclarer que l'un de ses parents est atteint d'aliénation mentale. Vous aurez beau inscrire cette obligation dans la loi, je doute qu'elle soit observée; elle aura les mœurs contre elle, et les mœurs, on l'a proclamé souvent, sont plus puissantes que les lois. Je crois que vous vous heurterez à un sentiment que vous serez les premiers à trouver profondément irrespectable. N'édictez donc pas des dispositions dont vous n'oseriez pas imposer l'obligation et qui, ou bien resteraient lettre morte si, comme cela m'a semblé ressortir des dernières explications de M. le rapporteur, la sanction prévue par la loi ne s'y applique pas, ou qui entraîneraient des peines exorbitantes si, en se tenant au texte du projet de la commission, on devait voir appliquer en pareil cas l'article 67.

Vous vous trouveriez dans cette situation qu'un père de famille qui donnerait tous les soins possibles à l'un de ses fils ou à l'une de ses filles aliénés, après même s'être entouré des médecins les plus propres à l'éclairer sur le traitement à suivre ; que ce père de famille, après avoir donné de pareilles preuves de son affection et de son dévouement, par cela seul qu'il n'aura pas livré aux quatre vents de la publicité le malheur qui l'a frappé, l'aliénation mentale de son fils ou de sa fille, serait déclaré coupable d'un délit correctionnel et passible d'amende et de prison !

Je ne sais pas si vous trouveriez un tribunal pour appliquer, en un cas pareil, une pénalité aussi exorbitante. Mais, au surplus, vous ne pourriez le faire sans vous mettre en contradiction avec les mœurs, et le sentiment public vous empêcherait d'exiger l'application de la loi que vous auriez édictée. Je crois, messieurs, en avoir assez dit pour justifier les amendements que j'ai eu l'hon-

neur de déposer, et je vous demande de les sanctionner par un vote favorable. (Approbation sur plusieurs bancs.)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. Je demande à faire une observation en réponse aux dernières paroles de l'honorable M. Lacombe. A propos des pénalités, il disait que la commission n'avait pas osé aller jusque-là ; il n'avait pas bien compris ce que j'ai voulu dire. La commission n'a pas cru qu'il fallait édicter une pénalité particulière pour un cas particulier; mais elle n'a pas non plus entendu soustraire la personne qui garderait un aliéné dans sa maison aux pénalités générales qui sont édictées par l'article 67 dont je vais donner lecture. Il y est dit : « Les contraventions aux dispositions des articles 7, 8, 16, » etc. Il me suffit de lire ces premiers mots où l'article 7 est visé pour faire comprendre que le procureur de la République, dans le cas où un fait lui paraîtrait délictueux ou coupable, pourrait demander l'application de l'article 67

La commission, dans sa rédaction, se borne à dire qu'en dehors de l'hypothèse d'un délit auquel l'article 67 serait applicable, il pourrait y avoir lieu à prendre des mesures dans l'intérêt de l'aliéné. La commission avait pensé — et cela résulte de l'ensemble de son travail — que le procureur de la République qui, après la déclaration faite, a en quelque sorte la responsabilité de la surveillance du malade, pourrait provoquer le placement d'office de ce malade s'il lui paraissait être dans des conditions où il ne recevrait pas tous les soins nécessaires. Voilà ce que je voulais dire tout à l'heure; mais je n'ai pas dit que la commission n'avait pas osé établir de pénalités. Elle n'a pas établi de pénalités particulières, elle s'est tenue aux pénalités générales, qui sont édictées dans l'article 67.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Roger-Marvaise.

M. ROGER-MARVAISE. Messieurs, je voudrais répondre quelques mots aux observations qui ont été présentées au Sénat par M. le commissaire du Gouvernement. M. le commissaire du Gouvernement a nettement précisé la question que soulève l'article 7 en ce moment en discussion. Il s'agit, a-t-il dit, de prévenir la séquestration. On vous propose ce texte : « Est assimilée, sur le rapport de la commission de surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul. »

Cette disposition, suivant moi, n'est pas complète parce qu'elle peut donner lieu à l'arbitraire. Il est impossible, en effet, de définir d'une manière exacte ce que l'on entend par un « aliéné est traité ». Où commence le traitement? Cela est absolument impossible à déterminer d'une manière précise. (Très bien ! à gauche.)

Aussi, lorsqu'il s'est agi de l'aliéné qui reste dans la famille, le projet s'est-il attaché à un fait, à un fait certain, à un fait patent; et il décide que l'aliéné qui est traité au sein de la famille doit être l'objet d'une certaine surveillance de la part de l'administration, mais seulement lorsqu'il doit être séquestré, c'est-à-dire lorsque la nécessité de le tenir enfermé est démontrée. C'est la mention de cette nécessité que je demande au Sénat, afin d'empêcher toute espèce d'arbitraire, de vouloir bien introduire dans le paragraphe 1er où il s'agit des aliénés traités dans une maison autre que la maison paternelle. Je propose purement et simplement d'ajouter ces mots : « Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité avec nécessité de le tenir enfermé. » De cette manière, vous définissez, autant qu'il est possible de le faire, l'objet de la protection que vous voulez exercer. Vous dites alors que cette protection s'applique à l'aliéné réellement atteint d'aliénation mentale puisqu'il doit être tenu enfermé.

Du reste, messieurs, je ne touche pas au surplus de l'article 7, et je maintiens les autres garanties qui y sont édictées. C'est pour cela que je conserve ce second paragraphe : « Nul ne peut soigner un aliéné dans les conditions prévues au paragraphe précédent », — c'est-à-dire avec nécessité de le tenir enfermé, « sans qu'il en soit fait la déclaration, dans le délai d'un mois à partir de la mise en traitement de la personne malade, au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de cette personne. » Je conserve donc toutes les garanties de la commission ; seulement, je prie le Sénat de vouloir bien ajouter ces mots : « ... avec nécessité de le tenir enfermé », parce qu'il apportera dans la loi une précision qui doit empêcher tout arbitraire. (Très bien sur plusieurs bancs.)

M. Baragnon. Qui est-ce qui déclarera cette nécessité?

M. le Ministre de l'intérieur. Messieurs, la question soumise à l'heure actuelle au Sénat a une gravité particulière : il s'agit d'une des modifications les plus considérables proposées à la loi de 1838 par la commission. Cette loi n'avait prévu, édicté aucune mesure de protection ni pour la personne, ni pour les biens de l'aliéné traité dans sa famille ou traité à domicile par un étranger. Eh bien, il a été constaté depuis que la loi de 1838 est pratiquée, que des abus nombreux se sont produits en ce qui touche les aliénés de cette catégorie.

M. de Gavardie. On n'a jamais cité de faits.

M. le Ministre de l'intérieur. Le gouvernement et la commission vous demandent de combler cette lacune de la loi de 1838. L'honorable M. Roger-Marvaise et l'honorable M. Lacombe sont venus combattre la disposition proposée. Mais il y a une différence con-

sidérable entre la doctrine qui a été soutenue tout à l'heure par M. Roger-Marvaise et celle qu'a apportée à cette tribune M. Lacombe. Sur la question de principe posée par l'article 7 décidant qu'il y a lieu d'étendre la protection de l'Etat à l'aliéné traité dans sa famille ou à domicile, nous sommes d'accord avec l'honorable M. Lacombe, puisqu'il a reconnu que la surveillance de l'Etat doit être établie; nous ne sommes séparés de lui que sur le point de savoir dans quelle mesure cette surveillance doit s'exercer.

Il n'en est pas de même pour l'honorable M. Roger-Marvaise, qui, lui, semble n'admettre en aucune manière l'intervention et la surveillance de l'Etat. Si je ne me trompe et si je résume bien son opinion, il a dit : Toutes les fois qu'un aliéné sera traité dans sa famille ou qu'il sera traité à domicile, même par un étranger, s'il n'est pas séquestré, la loi n'a pas à intervenir. L'Etat doit s'abstenir, et le Sénat n'a point à s'occuper de ces aliénés. S'il en est ainsi et si vous partagez ce sentiment, il faut maintenir purement et simplement la loi de 1838, car l'honorable M. Roger-Marvaise ne vous demande pas autre chose. Il n'admet en effet l'action et la surveillance de l'Etat que lorsqu'il y aura séquestration, séquestration arbitraire, c'est-à-dire dans le cas prévu par le code pénal.

Messieurs, je ne puis pas, en ce qui me concerne, accepter la doctrine de M. Roger-Marvaise. Je crois que la protection de l'Etat doit s'étendre sur les aliénés soignés dans leur famille ou chez un étranger. Les articles 7 et 8, ainsi que l'a très bien expliqué tout à l'heure l'honorable M. Lacombe, visent deux cas parfaitement distincts. Pour l'application de l'article 8 il faut qu'il y ait séquestration; l'article 7, au contraire, s'occupe de l'aliéné non séquestré qui est traité dans son domicile par ses parents à un degré rapproché, et dans ce cas, l'Etat n'intervient pas et nous admettons qu'il ne doit pas intervenir.

Je pense, en effet, que lorsqu'un aliéné reste confié aux soins de son père ou de ses enfants, de son conjoint, ou de ses frères et sœurs, les liens de la famille sont assez puissants pour offrir des garanties sérieuses et acceptables. Mais si, au contraire, l'aliéné est gardé par des collatéraux ou par des étrangers, je soutiens pour ma part qu'à côté des droits de la famille vient se placer le devoir de l'Etat. Le devoir de l'Etat est de protéger et de défendre tous ceux qui sont incapables de se protéger eux-mêmes. (Très bien! très bien! sur divers bancs.) Voilà, messieurs, le principe de la loi. Voilà la pensée qui a inspiré la disposition que nous vous demandons d'adopter.

Est-ce que nous portons atteinte aux droits de la famille? Nullement! Qu'est-ce que nous demandons par l'article 7 qui est soumis à vos délibérations? Des parents à un degré rapproché,

nous n'exigeons rien. Mais aux parents, éloignés, aux étrangers nous demandons une simple déclaration au procureur de la République. Est-ce que le procureur de la République, représentant l'autorité judiciaire, n'est pas le tuteur né de tous les incapables, de tous les faibles, de tous ceux qui sont impuissants à se défendre? (Assentiment à gauche.)

Nous aurons à discuter plus tard la mesure dans laquelle devra s'exercer la surveillance de l'Etat, et peut-être me trouverai-je d'accord, à ce moment, avec l'honorable M. Lacombe et avec l'honorable M. Roger-Marvaise pour demander certaines modifications aux dispositions qui ont été arrêtées par la commission, au sujet de cette surveillance; mais la question qu'il est nécessaire de trancher immédiatement, est celle de savoir si l'Etat doit remplir un devoir de surveillance et de protection à l'égard de tous les aliénés. Or, je prétends que ce devoir s'impose plus impérieusement quand l'aliéné est abandonné à des collatéraux dont les intérêts sont, la plupart du temps, opposés à ses intérêts propres. (Très bien! très bien!) Il faut défendre l'aliéné contre les calculs avides, contre les spéculations de gens qui sont ou peuvent devenir ses héritiers et qui quelquefois ont intérêt non seulement à ne pas le soigner, mais peut-être à abréger sa vie par de mauvais traitements. C'est, messieurs, cette question de principe que vous allez voter; si vous n'adoptez pas la disposition de l'article 7, vous aurez rejeté une des meilleures réformes apportées à la loi de 1838.

M. DE GAVARDIE. Elle est détestable! (Rumeurs à gauche.)

M. LE MINISTRE. Il y avait véritablement sur ce point, dans la loi de 1838, une lacune considérable, et, en vérité, j'avoue que je ne comprends pas bien la distinction que faisait tout à l'heure l'honorable M. Lacombe. Il admet l'intervention de l'Etat quand la famille placera un aliéné dans un asile privé, c'est-à-dire dans un asile qui reçoit un certain nombre de malades, et dans ce cas il reconnait qu'il faut prendre des précautions très sérieuses, minutieuses même, dans l'intérêt de l'aliéné et de la liberté individuelle. Et, quand la famille placera cet aliéné chez un étranger, dans une maison où lui seul sera reçu et retenu, il n'y aurait aucune garantie à demander?

M. TENAILLE-SALIGNY. Il n'y aura pas de contrôle!

M. LACOMBE. On le surveillera personnellement.

M. LE MINISTRE. On le surveillera personnellement, dites-vous? A cela je réponds que les dispositions inscrites dans votre amendement rendraient cette surveillance absolument illusoire. La surveillance, à mon avis, devra être plus active, elle sera plus nécessaire dans une maison particulière fermée au public où

l'aliéné est soigné par un étranger, que dans un asile privé ouvert à plusieurs malades, où il existe un nombreux personnel, où le public peut pénétrer dans une certaine mesure et où, par conséquent, les mauvais traitements et les abus sont moins à craindre que chez un particulier. (Vive approbation au centre et à gauche.)

La surveillance de l'Etat sur les aliénés gardés à domicile constitue, je l'ai montré au Sénat, la partie la plus importante de ce projet de loi; ainsi que je le disais au début de la discussion, ce n'est pas dans les asiles publics que les abus les plus graves ont été commis; c'est dans les asiles privés, c'est surtout dans les familles et dans les maisons particulières. Vous n'avez qu'à lire les journaux judiciaires : vous y trouverez la preuve de ce que j'avance.

On nous dit : Mais il s'agit de faits isolés! Les lois ne sont pas faites pour des cas exceptionnels. Messieurs, les lois sont faites pour réprimer les abus, quand ces abus sont fréquents, quand ils ont pour résultat de porter atteinte à la liberté individuelle, quand ils compromettent des intérêts dignes de respect et de sollicitude. (Nouvelle approbation sur les mêmes bancs.) Pour ma part, je serais tenté d'aller plus loin et d'affirmer que la protection de l'Etat doit être établie non seulement au point de vue de la personne, mais au point de vue même des biens de l'aliéné. Ainsi, à l'heure actuelle, si nous consultons le code civil, nous constatons que tant que l'interdiction n'a pas été demandée, il n'est pas permis au procureur de la République d'intervenir d'office pour protéger les biens de l'aliéné. Or, vous savez combien sont rares les demandes d'interdiction à l'égard des aliénés, parce qu'elles constituent une procédure difficile et coûteuse qui n'est pas à la portée de tous.

Je me suis demandé moi-même s'il n'y avait pas quelque chose à faire de ce côté, et s'il ne faudrait pas, dans certains cas, permettre au procureur de la République de provoquer d'office l'intervention de l'autorité judiciaire en faveur de cet être, de ce citoyen impuissant à se défendre. Ne l'oubliez pas, en effet, messieurs, la loi que vous discutez en ce moment, a pour objet principal de substituer l'autorité judiciaire à l'autorité administrative pour la protection des aliénés. (C'est cela! — Très bien! à gauche.) C'est l'intervention de l'autorité judiciaire qui domine tout ce projet de loi. Que l'aliéné soit admis dans un asile public, qu'il soit placé dans un asile privé, ou qu'il soit gardé dans sa famille ou chez des étrangers, c'est l'autorité judiciaire seule qui a qualité pour le priver de sa liberté. Voilà le principe de la loi. (Très bien! très bien! sur les mêmes bancs.)

Cette loi n'est pas une loi de police, c'est une loi d'assistance. Nous voulons protéger la personne et les biens de l'aliéné et nous voulons, dans la mesure du possible lui faire donner les soins que

comporte sa situation d'esprit; tout à l'heure l'honorable M. Cazelles, directeur de l'assistance, donnait au Sénat des renseignements vraiment saisissants, qui sont tirés d'une statistique établie sur des données précises. Lorsque les aliénés sont traités au début de la maladie, environ 80 p. 100 sont guéris. Quand le traitement au contraire, n'est entrepris qu'après un délai de six mois, le nombre des guérisons tombe à 25 p. 100.

Croyez-vous que l'Etat puisse se désintéresser absolument de cette catégorie d'aliénés et abandonner sans surveillance et sans contrôle à la spéculation des collatéraux, à des familles avides, le soin de protéger ceux de leurs membres que le malheur a frappés? Pour ma part, je ne puis me résigner à cet abandon; je vous en conjure, messieurs, examinez la question sous tous ses aspects, pesez tous les arguments qui ont été portés à la tribune par l'honorable M. Roger-Marvaise et par l'honorable M. Lacombe, et demandez-vous s'il est possible de déclarer que l'Etat n'a aucun devoir de surveillance et de protection à l'égard des aliénés placés chez des collatéraux ou des étrangers. L'honorable M. Lacombe lui-même reconnaît que cela n'est pas possible. Il admet comme nous l'intervention de l'Etat.

Je le répète, messieurs, à l'heure actuelle il s'agit de statuer sur le principe même de la protection due aux aliénés par l'Etat. Nous vous demandons de dire hautement, nettement, que le Sénat ne peut pas, qu'il ne veut pas se désintéresser de toute surveillance sur les aliénés gardés par des collatéraux ou par des étrangers. (Très bien! très bien! et applaudissements.)

M. Roger-Marvaise. Je demande la parole. (Aux voix! aux voix!)

M. le Président. Vous avez la parole; mais je vous fais observer que vous avez déjà parlé deux fois sur le même sujet.

M. Roger-Marvaise. Messieurs, il m'est extrêmement difficile de ne pas répondre au discours qui vient d'être prononcé, attendu que M. le ministre de l'intérieur m'a prêté des idées qui ne sont nullement les miennes. Je ne viens pas, en effet, combattre le principe même de l'article 7 du projet de loi. Jamais je n'ai dit que l'Etat ne devait pas exercer une surveillance sur les aliénés; jamais je n'ai émis semblable théorie à cette tribune; jamais je n'ai dit qu'il fallait laisser subsister la lacune de la loi de 1838. Seulement ce que j'ai proposé au Sénat, c'est un léger amendement à la proposition faite par la commission et par le Gouvernement, afin de donner au texte une précision qui empêchât toute espèce d'arbitraire ou plutôt qui prévînt autant que possible l'arbitraire.

Ainsi j'admets l'article 8 du projet de loi, c'est-à-dire cette obligation dans laquelle se trouve la famille de faire une décla-

ration dans le cas déterminé par cet article, lorsqu'il est nécessaire d'enfermer l'aliéné, — c'est l'expression même dont se sert l'article 8.

L'article 8, en effet, n'exige une déclaration de la part de la famille que lorsque la nécessité de tenir l'aliéné enfermé a duré trois mois; tant que cette nécessité n'est pas constatée, la famille est affranchie de toute espèce de déclaration. Eh bien, cette nécessité de tenir l'aliéné enfermé, je demande que vous l'introduisiez dans l'article 7, afin d'empêcher toute espèce d'arbitraire dans l'application de la loi. Je vais même beaucoup plus loin. A mon sens, — c'est une opinion que j'émets, je puis me tromper, — il me semble que l'article 7 de la loi, par lequel on établit la surveillance de l'Etat sur les aliénés qui sont traités souvent chez un ami, souvent chez un proche parent, toujours chez une personne qui est investie de la confiance du père de famille, il me semble, dis-je, que l'article 7 ne dit pas à quel moment la surveillance de l'Etat devra intervenir, ni à quel moment on pourra constater que c'est en effet le traitement d'un aliéné que le malade subit. Il n'y a à cet égard aucune précision dans l'article. C'est afin d'écarter tout arbitraire que je voudrais introduire plus de précision dans le texte, en y insérant deux ou trois mots. Quant au reste de l'article, j'admets parfaitement toutes les garanties proposées par la commission et par le Gouvernement.

Par cela même, je trouve suffisamment que je ne suis pas hostile au principe contenu dans l'article 7. Je reconnais avec M. le ministre que c'est l'article capital et fondamental de la loi, parce qu'il est appelé à déterminer — et je crois qu'il doit le faire d'une manière précise — l'étendue des droits de l'Etat et des droits de la famille, tout en respectant la liberté individuelle. C'est parce que cet article a cette immense importance, que je me suis permis d'insister devant le Sénat pour que l'on y introduisît, afin d'empêcher toute espèce d'arbitaire, ces mots : « Avec nécessité de le tenir enfermé. »

M. le Président. Quelqu'un demande-t-il la parole sur l'amendement de M. Roger-Marvaise, qui s'éloigne le plus de la proposition de la commission?

M. de Gavardie, *de sa place.* Jusqu'à présent, la vraie question, à mon point de vue, n'a pas été complètement traitée, je veux parler de la question de principe qu'exposait tout à l'heure M. le ministre de l'intérieur. Les divers orateurs que vous avez entendus acceptent le principe, bien qu'avec des modifications; mais certains membres de cette Assemblée le repoussent absolument, et c'est cette opinion qui ne s'est pas encore produite.

Voix nombreuses. Parlez! parlez!

M. DE GAVARDIE. Je demande la parole sur ce point, si personne ne la demande.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. de Gavardie.

M. DE GAVARDIE. Messieurs, tout à l'heure l'honorable ministre de l'intérieur faisait ressortir l'importance de l'innovation — car c'est une véritable innovation — que vous êtes appelés à voter. Elle est tellement grave, elle est tellement dérogatoire à tous les principes de notre législation, au point de vue de notre droit civil et de notre droit public; elle va même tellement à l'encontre des prétendus précédents empruntés aux législations étrangères, qu'on ne saurait sans une discussion très approfondie voter ce principe dangereux et attentatoire à tout ce qu'il y a de plus sacré. Tout à l'heure, l'honorable M. de Marcère, qui est un vieux et excellent magistrat... (Interruptions et rires.), vieux d'expérience, veux-je dire, M. de Marcère demandait un renseignement précieux. Mais enfin, monsieur le rapporteur, disait-il, citez-nous des faits.

M. LE RAPPORTEUR. Tous les faits sont pour nous.

M. DE GAVARDIE. Nous connaissons ces expressions. Tous ceux qui ont fait partie des tribunaux les connaissent. Quand un avocat est embarrassé, il dit : Tous les principes sont pour moi. Et quand on lui objecte : Mais quels sont ces principes? il ne répond rien. (Interruptions à gauche.)

Vous, vous dites : Tous les faits sont pour nous. C'est ce que nous allons voir. Le meilleur moyen de connaître les abus qui sont commis, c'est évidemment de consulter la statistique criminelle. Eh bien, messieurs, je me suis livré à ce travail. M. le garde des sceaux est là, il pourra contrôler mes allégations, et il est absolument nécessaire qu'il fasse connaître son opinion dans cette question. (Sourires.) J'ai vérifié, dis-je, les statistiques criminelles depuis dix années; eh bien, dans cet espace de dix ans, j'ai trouvé quinze faits de séquestration suivis de condamnation!

Un sénateur à gauche. Quand il n'y en aurait qu'un!

M. DE GAVARDIE. Malheureusement, on n'entre pas dans les détails. Aussi, je prie M. le garde des sceaux de vouloir bien prendre note de ces observations d'une manière bienveillante, afin qu'à l'avenir on indique la nature des séquestrations et qu'on fasse connaître si, par exemple, il s'agit d'aliénés. Il n'y a aucune indication de ce genre et il est absolument impossible de savoir à quels individus s'appliquent ces séquestrations. On parlait tout à l'heure d'aliénés qui ont été parqués. Oui, c'est vrai, cela est arrivé quelquefois; mais combien de fois? Voilà ce qu'il faudrait savoir. Les séquestrations se sont, en effet, très souvent produites à l'égard d'individus qui n'étaient pas des aliénés. Par conséquent, vous n'avez pas de base sérieuse de statistique, base qui

est cependant absolument nécessaire pour asseoir des conclusions aussi hasardeuses et aussi téméraires que celles que vous nous apportez ici. Et la famille, messieurs! Jusqu'à présent, qui avait donc osé y pénétrer? C'est la République qui, la première, a eu cette audace!

Mon Dieu! et je parle ici de la République au point de vue théorique : j'ai la prétention d'être tout aussi bon républicain qu'un autre. (Exclamations et applaudissements ironiques à gauche.) Attendez! c'est un vieux mot. On parlait souvent, avant 1789, de République, entendez-le bien; mais celle-là, c'était la vraie. A ce point de vue, je suis républicain et beaucoup plus que beaucoup d'entre vous; quant à votre République, à votre mauvaise République, elle empêche ce mode de gouvernement de s'affermir dans notre pays. Si vous agissiez autrement, est-ce qu'en définitive la République ne serait pas solidement assise? Que m'importent à moi les formes de gouvernement...

M. Blavier. Parfaitement!

M. de Gavardie... si vous me donnez ce qui forme en quelque sorte le capital social; le respect de la liberté, le respect de la famille, le respect de la propriété? Que m'importent vos formes vaines...

M. Blavier. Vous avez cent fois raison!

M. de Gavardie... à moi, fils dévoué de l'Eglise qui, en définitive, a accepté toutes les formes de gouvernement? Il m'importe peu que ce soit une formule ou une autre, pourvu que je trouve la garantie des droits sacrés sur lesquels toute société est fondée.

Un sénateur à gauche. Et l'article 7?

M. de Gavardie. Je vais y arriver. Je suis d'ailleurs beaucoup plus dans la question que vous ne le pensez. Je dis que c'est votre République qui a, la première, introduit l'autorité de l'Etat dans le sanctuaire de la famille. Elle y est entrée déjà par les lois scolaires (Exclamations à gauche), et aujourd'hui elle cherche à y pénétrer grâce à la loi sur les aliénés. Ah! cette loi, si vous arrivez jusqu'au bout, pourrait être appliquée à beaucoup de gens. (Hilarité.)

Si vous voulez bien accorder toute liberté à mes paroles — vous verrez, plus tard, si elles ne sont pas justifiées, lorsque nous serons arrivés au dernier terme de cette discussion, si ce n'est aujourd'hui, ce sera du moins les jours suivants — je vous dirai qu'on pourrait peut-être enfermer avec beaucoup plus de raison une partie de ceux qui l'auront votée, que ceux auxquels elle est destinée! (Hilarité générale.) Vous voulez entrer dans la famille! Et de quel droit? Vous me parlez d'individus arrêtés, et vous prétendez qu'il vous importe, à vous, Etat, de savoir s'ils sont traités comme ils ne doivent pas l'être dans la famille!

Mais quelle meilleure garantie avez-vous, si ce n'est la sollicitude de la famille? Sous prétexte d'abus vous pourrez intervenir partout et toujours.

Je crois que cette observation a été présentée tout à l'heure, mais il est bon d'y revenir. Dans la société antique, l'enfant appartenait à l'Etat, qui s'en emparait; vous, vous cherchez à vous en emparer de plus en plus. Aliéné! Mais qu'en savez-vous? Comment! voilà un homme qui n'a pas ces mouvements désordonnés qui appellent nécessairement l'attention publique et en vue desquels vous êtes armés; voilà un prétendu aliéné qui ne trouble ni la décence ni l'ordre publics, qui est gardé par la sollicitude inquiète et affectueuse de sa famille; quel mal fait-il au point de vue social? Vous croyez que cet individu ne sera pas mieux soigné, mieux traité — puisque vous tenez tant à cette expression — dans sa famille? On invoquait tout à l'heure une statistique; je la connais parfaitement, et je n'ignore pas que, lorsque, dans les trois ou quatre premiers mois, l'aliéné ne peut pas être ramené à la raison, il y a presque impossibilité d'arriver à la guérison. Mais savez-vous à quel moment a commencé le traitement dans la famille?

Lorsqu'il a été constaté dans le sanctuaire de la famille que le traitement domestique, le traitement religieux par excellence n'avait pas pu réussir, alors on abandonne le malade aux soins de l'asile, soit public, soit privé, suivant les circonstances, mais vous ne savez pas, quand on vous remet un aliéné ou un prétendu aliéné, à quel moment a commencé l'aliénation, et, par conséquent, vos statistiques sont vaines. M. le ministre de l'intérieur et M. le commissaire du Gouvernement vous disaient: Ce sont surtout les indigents que nous voulons protéger.

Véritablement, il ne faut jamais avoir vu les choses judiciaires pour émettre des assertions de cette nature-là! Mais enfin, j'ai bien vu, moi, dans les divers départements où j'ai administré la justice, que ce ne sont pas les indigents qui gardent les aliénés; ils ne demandent pas mieux que de s'en débarrasser!

Vous prétendez que c'est la cupidité? Mais il faut les nourrir dans une certaine mesure, et il vaut beaucoup mieux s'en débarrasser! S'ils ont assez d'humanité pour ne pas garder les leurs, ils s'en débarrassent très volontiers! Ne parlez donc pas des indigents, et, s'il y a des abus, le ministère public est là! Est-ce que vous croyez que dans une commune on ne sait pas vite si un aliéné est séquestré ou ne l'est pas? Est-ce que ce ne sont pas là des faits qui tombent sous le coup de l'opinion publique? Est-ce que les voisins ne sont pas là, et Dieu sait s'ils parlent, les voisins, et les voisines surtout! (Hilarité générale.)

Messieurs, à l'égard des indigents, cette législation anglaise qui entre dans tant de détails en pareille matiere, cette législa-

tion anglaise qui n'est pas au fond aussi humaine, aussi démocratique — bien que je n'aime pas ce mot-là, mais enfin il est à la mode! — (Rires) que la loi de 1838, loi excellente, vous allez le voir, d'après les médecins eux-mêmes ; la législation anglaise, elle, fait une distinction entre ceux qui sont indigents et ceux qui ne le sont pas, et elle défend même l'intervention de l'autorité judiciaire à l'égard de ceux qui ne sont pas indigents. Par conséquent, elle ne permet pas d'entrer dans les familles dans les conditions, au moins, que vous indiquez, et M. Roger-Marvaise avait raison de dire que, après avoir parcouru toutes les législations étrangères, il n'avait rien trouvé de comparable à ce texte-là ! On dit : Il y a un délai et, par conséquent, il n'y aura pas d'abus ! Mais, est-ce que le principe n'est pas violé pour cela ? La durée de cette détention — je me sers du premier mot qui me vient à l'esprit — la durée de cette détention dans la famille sera d'un, de deux, de trois, de quatre mois, mais les faits extrinsèques ne changent pas, et si véritablement l'opinion publique n'est pas émue, si aucun mauvais traitement n'est pas exercé sur la personne de cet individu qui reste sous la protection sacrée de la famille, pourquoi et de quel droit vous, Etat, voulez-vous intervenir?

Il y a des abus ? Mais où n'y en a-t-il pas? Vous pouvez alors remonter le cours des siècles et revenir, comme je le disais tout à l'heure, à la législation païenne, vous emparer complètement des enfants ! Il a une école qui le demande ; mais j'espère que vous n'êtes pas encore assez avancés pour cela ! Messieurs, il s'agit d'émettre un vote sur ce principe sacré, de bouleverser toute la législation, d'ouvrir une porte à des abus bien plus graves, en définitive, que ceux contre lesquels vous voulez réagir, et je vous demande au nom de ce qu'il y a de plus sacré dans notre droit public, dans notre droit civil et au nom de l'humanité, de ne pas accorder ce vote!

A gauche. Aux voix ! aux voix !

M. le Président. Personne ne demande plus la parole ?... Je donne une nouvelle lecture de l'amendement de M. Roger-Marvaise. Le premier paragraphe de l'article ayant été voté, il est inutile que j'en rappelle les termes au Sénat.

M. Roger-Marvaise. Je demande la division, monsieur le président.

M. le Président. Je donne d'abord lecture de votre amendement; vous demanderez ensuite la division, monsieur Roger-Marvaise. « Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité avec nécessité de le tenir enfermé.

M. Roger-Marvaise. Je demande qu'on mette d'abord aux voix ce paragraphe.

M. le Président. Laissez-moi lire l'ensemble ; on prendra une idée plus exacte des dispositions de la loi, et, ensuite, nous procéderons par voie de division.

« Nul ne peut soigner un aliéné avec nécessité de le tenir enfermé sans qu'il en ait fait la déclaration, dans le délai d'un mois à partir de la mise en traitement de la personne malade au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de cette personne. » Puis enfin, dernier paragraphe : « Ces dispositions ne sont pas applicables à l'aliéné soigné soit dans son domicile soit dans celui de son tuteur ou de ses parents jusqu'au huitième degré. » Nous allons procéder, messieurs, par voie de division...

M. de Gavardie. Monsieur le président, il vaudrait beaucoup mieux, ce me semble, mettre d'abord aux voix la question de principe sous forme de suppression de l'article 7 tout entier.

M. le Président. On vote contre un article, monsieur de Gavardie ; on ne met pas une suppression aux voix.

M. de Gavardie. Oh ! monsieur le président, il y a de mauvais précédents en pareille matière ! Je demande la parole pour un rappel au règlement.

M. le Président. Comment voulez-vous que je mette aux voix une négation ? Ce n'est pas possible. Vous avez la parole contre le règlement (Sourires), mais veuillez vous contenir dans ses limites.

M. de Gavardie. Messieurs, je ne demande pas la parole, comme le dit M. le président, contre le règlement : je la demande pour l'interprétation saine du règlement. C'est, pour la première fois en 1871, sous la présidence de l'honorable M. Grévy, que cette tradition s'est introduite. Autrefois, dans toutes les Assemblées parlementaires, on votait la suppression d'un article tout entier ou de paragraphes de ce même article, et de cette manière la question se posait d'une façon très simple. Il m'est arrivé à moi, plusieurs fois, et très certainement cela est arrivé à d'autres de mes collègues, de me tromper sur le vote, avec cette manière compliquée et savante dont parle M. le président et qu'il voudrait maintenir.

Pourquoi ne pas voter, quand une question de principe est nettement posée comme elle l'a été par M. le ministre de l'intérieur, pourquoi ne pas la résoudre de la manière la plus nette en votant sur la suppression de l'article tout entier ? Après viendront les distinctions savantes et les chinoiseries dont on vous parle. (Rumeurs sur divers bancs.) Oh ! je dis « chinoiseries » sans mauvaise intention.

M. le Président. Quelle proposition faites-vous?

M. de Gavardie. Je demande qu'on vote sur l'ensemble, pour ou contre l'article tout entier.

M. le Président. Je dois d'abord mettre aux voix les paragraphes, et puis, sur l'ensemble de l'article, chacun pourra voter contre, si cela lui convient. Je ne puis procéder autrement. Je mets aux voix le premier paragraphe proposé par M. Roger-Marvaise, et j'en donne une nouvelle lecture : « Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité avec nécessité de le tenir enfermé. » (Ce paragraphe, mis aux voix, n'est pas adopté.)

M. Roger-Marvaise. Je retire le reste.

M. le Président. Nous arrivons alors à l'amendement de M. Lacombe. J'en donne une nouvelle lecture.

« § 2. — Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité même seul, à moins que le tuteur, autorisé par le conseil de famille à se charger du traitement, le conjoint, l'un des ascendants, l'un des descendants, ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement, n'ait son domicile dans la même maison que le malade ou ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés, soit d'ailleurs qu'il lui donne lui-même ses soins, soit qu'il les fasse donner par un tiers sous sa surveillance et sa responsabilité. »

M. Lacombe. Monsieur le président, je vous demanderai de mettre aux voix ce paragraphe à l'exception des mots « ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement », car je reconnais que c'est là une seconde question et qu'il y a des sénateurs qui pourraient vouloir voter ce paragraphe et ne pas étendre la distance jusqu'au quatrième degré.

M. Delsol, *de sa place*. Je demande à rappeler, au nom de la commission...

Plusieurs sénateurs. A la tribune!

M. Delsol, *à la tribune*. Messieurs, je monte à la tribune pour que la question soit nettement posée. L'honorable M. Lacombe propose, dans son amendement, une première modification à la rédaction de la commission, qui est celle-ci : « A moins que le tuteur, autorisé par le conseil de famille à se charger du raitement. » Cette addition a été acceptée par la commission, qui demande au Sénat de la voter. Je m'arrête là puisqu'on peut voter sur cette partie...

M. Bardoux. Expliquez le reste!

M. Delsol. Je m'explique sur le reste. La seconde modification

demandée par l'honorable M. Lacombe est celle-ci : « Le conjoint, l'un des ascendants, l'un des descendants ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement. »

La commission n'a pas accepté cette seconde partie de l'amendement; elle maintient sa première rédaction, qui n'excepte que les ascendants, les descendants, le conjoint, le frère ou la sœur. Elle s'en tient à cette première rédaction et je crois qu'il est inutile que le développe devant le Sénat les motifs de sa décision (Approbation.) Mon honorable collègue et ami M. Lacombe propose une troisième modification, qui est ainsi conçue :

A moins que le parent « n'ait son domicile dans la même maison que le malade, ou ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés ». Il substitue la disjonctive « ou » à la copulative « et », qui se trouve dans la rédaction de la commission.

La commission n'accepte pas non plus cette substitution; elle pense que lorsque le malade est dans une maison autre que celle où réside le parent qui est chargé de le soigner et de veiller sur son traitement, il n'y a plus là la garantie que la présence du parent donne dans l'hypothèse adoptée par la commission, et, en conséquence, elle vous demande de conserver la rédaction que nous avons d'abord proposée. (Très bien !) Enfin, la dernière partie de l'amendement ajoute : « soit d'ailleurs qu'il lui donne lui-même ses soins, soit qu'il les fasse donner par un tiers sous sa surveillance et sa responsabilité. » Cette partie de l'amendement disparaît évidemment du moment que nous conservons la rédaction de la commission et que nous n'admettons pas la substitution de « ou » à « et » qui se trouve dans notre texte.

M. le Président. Dans ces conditions, si c'est l'avis de la commission, il me semble impossible de procéder par division : car enfin nous mettrons aux voix, si nous procédons par division exactement la nouvelle rédaction de la commission.

M. Lacombe. Monsieur le président, je demande que l'on mette aux voix le paragraphe entier, à l'exception des mots : « ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement. » On procéderait alors à un second vote sur cette partie de l'amendement.

M. Delsol. Maintenant, je dois m'expliquer sur la fin de l'amendement de M. Lacombe.

Plusieurs sénateurs. Tout à l'heure ! — Aux voix !

M. le Président. Monsieur Delsol, il vaudrait mieux réserver cette partie de l'amendement. La question est déjà assez compliquée comme cela.

M. Morellet. Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. Morellet.

M. Morellet. Messieurs, je n'ai demandé la parole que pour une

question de mise en œuvre de ce qui me paraît être la pensée générale du Sénat. Ce n'est point une proposition que je viens faire; je recherche la lumière là où peut-être elle ne se trouve pas d'une façon assez complète. Il y a, m'a-t-il semblé, deux questions bien distinctes dont nous avons à nous occuper en ce moment : d'une part, l'hypothèse où un aliéné est traité dans le domicile d'une personne étrangère à sa famille ou bien dans le domicile de certains de ses parents à un degré éloigné; d'autre part, l'hypothèse du traitement de l'aliéné chez certains de ses proches.

Eh bien, pour ces deux hypothèses profondément distinctes en elles-mêmes, on me paraît avoir eu tort de les rassembler dans un seul paragraphe sur lequel on vous propose de voter : le paragraphe 2 de l'article. Il me semble que la loi ne perdrait rien au fond et qu'elle gagnerait beaucoup en clarté si, au lieu de nous présenter ces deux hypothèses absolument différentes, mariées dans un seul paragraphe, on les disjoignait, on en faisait deux paragraphes séparés.

Je n'ai pas la prétention de vous proposer un texte; mais voici à peu près qu'elle serait ma pensée : A partir du paragraphe 2, l'article serait conçu, par exemple, en termes tels que ceux-ci; « Paragraphe 2. — Tout chef de maison chez lequel une personne est traitée, même seule, pour aliénation mentale est tenu d'en adresser la déclaration écrite, dans le délai de... à partir de la mise en traitement, au procureur de la République du domicile de la personne traitée. » Voilà la première hypothèse réglée.

Quant à la seconde, voici, me semble-t-il, un texte auquel peut-être la majorité du Sénat pourrait se rallier. « Paragraphe 3. — Le chef de maison est dispensé de cette déclaration s'il est le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants ou l'un des descendants, le frère ou la sœur du malade, s'il préside lui-même au traitement et s'il réside dans la maison où il a lieu. » On ajouterait ensuite un 4e paragraphe : « § 4.—Dans le cas prévu par le paragraphe 2 ci-dessus, la maison où a lieu le traitement est, pour la surveillance, assimilée aux asiles privés. »

C'est exactement la pensée de la commission, je crois. Il n'y a de différence que quant à la forme. Cette différence est de nature à diviser des choses qui sont absolument distinctes, et peut-être à permettre un vote plus clair pour la plupart d'entre nous.

M. Delsol, *membre de la commission*. Messieurs, la commission n'accepte pas la rédaction nouvelle proposée par notre honorable collègue. Elle vous demande de voter la rédaction qu'elle vous a déjà soumise. (Très bien! très bien! à gauche.) Cette rédaction est celle même que le Gouvernement vous avait proposée dans son premier projet; nous nous y sommes ralliés et nous la considérons comme parfaitement claire. La disjonction proposée par

notre collègue n'ajouterait rien à cette clarté. (Marques d'approbation sur les mêmes bancs.) En effet, la rédaction du Gouvernement adoptée et proposée au Sénat par la commission, pose un principe général, qui est celui de la surveillance, et tout de suite, à côté du principe général, elle constate l'exception. Evidemment, c'est la meilleure manière de donner du relief à la fois au principe qui est au commencement de la rédaction et à l'exception qui se trouve à la fin. (Très bien ! — Aux voix ! aux voix !)

M. le Président. Insistez-vous, monsieur Morellet, pour qu'on vote sur votre amendement? Je crois que vous feriez bien d'attendre la deuxième délibération ; ces amendements ainsi improvisés à la tribune jettent dans le débat une certaine confusion.

M. Morellet. Je n'insiste pas quant à présent. J'ai voulu faire remarquer seulement qu'il est regrettable que deux hypothèses absolument distinctes soient confondues dans un même paragraphe.

M. le Président. Maintenez-vous votre proposition?

M. Morelet. Je la rattacherai à un amendement que je proposerai plus tard, lors de la seconde délibération.

M. le Président. Nous revenons alors à l'amendement de M. Lacombe. Je mets aux voix le paragraphe dont j'ai donné lecture et sur lequel la commission vient de s'expliquer, à l'exception des mots « ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement ». (Bruit.)

M. le Président. L'amendement est accepté par la commission. (Bruit.)

M. le Président. Messieurs, si on n'écoute pas, je renonce vraiment à expliquer le vote au Sénat. Je viens de dire qu'il était parfaitement exact que, en dehors de la question que vous avez adressée à M. Lacombe, la rédaction de la commission était, en réalité, le fond de l'article de M. Lacombe; mais M. Lacombe persistant à maintenir, dans son amendement, des dispositions que vous repoussez, je dois mettre aux voix son amendement. (Assentiment.)

Voix à droite. Vous avez raison.

M. le Président. Je consulte donc de nouveau le Sénat sur l'amendement présenté par M. Lacombe, sous la réserve des mots : « ou l'un des collatéraux jusqu'au 4e degré inclusivement. » (L'amendement n'est pas adopté.)

M. le Président. Je mets aux voix la second paragraphe proposé par la commission et dont je donne une nouvelle lecture : « Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le

tuteur autorisé par le conseil de famille, le conjoint, l'un des ascendants ou l'un des descendants, le frère ou la sœur du malade n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés. » (Le paragraphe est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Nous arrivons au troisième paragraphe. Je donne lecture de l'amendement de M. Lacombe.

M. LACOMBE. Il n'a plus d'utilité, monsieur le président, en présence de la modification proposée par la commission.

M. LE PRÉSIDENT. Alors nous revenons à la rédaction de la commission. J'en donne une nouvelle lecture :

« Nul en dehors des personnes ci-dessus exceptées peut soigner un aliéné dans un domicile privé sans qu'il ait fait la déclaration dans le délai d'un mois à partir de la mise en traitement de la personne malade, au procureur de la République du domicile de cette personne. » (Adopté.) — « A défaut de déclaration, il pourra être pourvu au placement de ladite personne conformément à l'article 23 ci-après. » (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix l'ensemble de l'article 7. (L'ensemble 7, mis aux voix est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Nous arrivons à l'article 8 : « Art. 8. — Lorsqu'un aliéné est traité dans son domicile ou dans le domicile de son tuteur, de son conjoint ou de l'un des proches parents mentionnés au paragraphe 2 de l'article précédent, et que la nécessité de le tenir enfermé a duré trois mois, le tuteur, conjoint ou parent qui préside au traitement est tenu d'en faire par écrit, la déclaration au procureur de la République de l'arrondissement de son domicile. Il est joint à cette déclaration un rapport dressé par un docteur en médecine conformément aux prescriptions du paragraphe 5 de l'article 16 de la présente loi.

« Le procureur de la République, après avoir transmis ces pièces au secrétariat de la commission permanente des aliénés et pris l'avis de cette commission peut, tant qu'il n'aura pas jugé nécessaire de recourir aux moyens de surveillance établis par la présente loi, décider que le tuteur, conjoint ou parent qui fait traiter un aliéné dans les conditions ci-dessus indiquées est tenu seulement d'envoyer un nouveau rapport médical à des intervalles déterminés, et qui ne pourront pas excéder trois mois. »

M. LE RAPPORTEUR. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. Messieurs, je n'ai pas été assez prompt pour trouver avant la lecture que vient de faire M. le président, le texte qui a été rédigé hier, d'accord avec le Gouvernement, à la suite des observations présentées, dans la dernière séance, par l'hono-

rable M. Lacombe au sujet de l'amendement qu'il propose à l'article 8. La commission et M. le ministre de l'intérieur ont examiné l'article 8, et se sont arrêtés en commun au texte que voici. M. le président vient de donner lecture de l'article 8; mais au paragraphe 2, il faut lire ainsi :

« Il est joint à cette déclaration un rapport circonstancié dressé et signé par un docteur en médecine. Ce rapport doit indiquer la date de la dernière visite faite au malade par le signataire, sans que cette date puisse remonter à plus de huit jours ; les symptômes observés et les preuves de folie constatés personnellement par le signataire, ainsi que son appréciation sur la suffisance des soins qui peuvent lui être fournis dans sa famille. »

Vient ensuite le paragraphe suivant, qui est ainsi modifié : « Le procureur de la République peut, sur l'avis du médecin-inspecteur, décider que le tuteur, conjoint ou parent qui fait traiter un aliéné dans les conditions ci-dessus indiquées, est tenu seulement d'envoyer un nouveau rapport médical à des intervalles déterminés et qui ne pourront pas excéder trois mois. »

L'article est complété par un paragraphe que je vais lire : « Dans le cas où des mesures de surveillance plus complètes seraient reconnues nécessaires, elles seront prises par le tribunal en chambre du conseil. Le tribunal sera saisi, soit par le procureur de la République, soit par un délégué spécial du conseil de famille. La décision sera prise en présence du tuteur ou parent ou après qu'ils auront été mis en demeure d'intervenir. »

La raison de ce dernier paragraphe est celle-ci : la commission s'en rapportait dans le dispositif à la décision que prendrait le procureur de la République, décision qui était celle ou de ne rien faire, de laisser l'aliéné dans la situation qui existait précédemment, ou bien, s'il s'assurait qu'il y avait quelque chose à faire, de prendre une mesure, de s'adresser au tribunal qui seul, en vertu de la loi nouvelle, peut prononcer un internement, un placement définitif de l'aliéné.

Mais on a insisté vivement en disant que cette dernière solution que le procureur de la République pouvait apporter à la situation de l'aliéné pour décider un internement, il était bon qu'elle fût insérée dans l'article de la commision, que cela complétait la loi d'une manière précise ; et il y a quelque chose de plus, c'est qu'on voulait laisser aux parents, représentés par un délégué du conseil de famille, le droit de provoquer lui-même cet internement. Il a paru à la commission que ce cas pouvait se présenter, qu'il pouvait y avoir utilité pour un aliéné à ce qu'un membre de la famille dans ces conditions pût s'adresser au tribunal. Aussi le dernier paragraphe dont je viens de donner lecture a-t-il été accepté par la commission et par le Gouvernement. (Marques d'approbation sur plusieurs bancs.)

M. LE PRÉSIDENT. Sur cet article 8, il existe un amendement de M. Lacombe qui reçoit, je crois, satisfaction par la nouvelle rédaction.

M. LACOMBE. Pas complétement, monsieur le président.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Lacombe.

M. LACOMBE. Messieurs, le Sénat comprendra aisément combien il est difficile, sur la lecture assez rapide qui a été faite à la tribune d'un article un peu long comme celui qui est soumis en ce moment à vos délibérations, d'apprécier d'une manière exacte tout ce qui peut résulter de la nouvelle rédaction proposée. J'ai cherché cependant à suivre très attentivement le texte nouveau proposé par la commission, et voici, je crois, les seuls points sur lesquels je diffère aujourd'hui de cette nouvelle rédaction. Il s'agit d'un cas où un aliéné est séquestré, c'est-à-dire où il est retenu chez lui par la force.

J'avais demandé à la commission d'introduire ces mots « par voie de coercition » dans le texte même de l'article. Je l'avais demandé, parce que cet article, tel qu'il a été rédigé par la commission, m'avait paru trop vague. J'en trouvais la preuve en ce que, à la dernière séance, l'honorable M. Roger-Marvaise n'avait pas compris qu'il s'agissait dans l'article 8 du cas seulement où une coercition est nécessaire. C'est un membre de la commission, M. Delsol, qui est venu apporter cette appréciation de la commission à la tribune. J'ai demandé qu'une déclaration aussi importante ne restât pas noyée dans le débat oral, et que ces mots « par voie de coercition » figurassent dans le texte même de l'article.

Mon amendement avait un autre but : c'est de dispenser l'ascendant et le conjoint de toute déclaration. Il me semble que, quels que soient les doutes que l'on a émis tout à l'heure sur l'insuffisance des soins que pouvait efficacement donner la famille au cas d'aliénation mentale de l'un de ses membres, lorsque c'est par les parents les plus proches, par ceux dont l'affection est considérée comme offrant la garantie la plus indiscutable, que les soins sont donnés, on devrait établir la dispense de toute mesure spéciale de surveillance. Je conviens qu'il faut être plus réservé que lorsqu'il s'agissait des dispositions de l'article 7, et que l'on ne peut exiger en ce cas un degré de parenté plus rapproché ; aussi ai-je limité l'exception au cas où les soins seraient donnés par l'ascendant et le conjoint. C'est à ce point de vue que je maintiens mon amendement.

M. DELSOL. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Delsol.

M. DELSOL. Messieurs, les observations que mon honorable collègue et ami M. Lacombe vient de présenter au Sénat, s'appliquent à deux points de son amendement. D'abord il a demandé

que le Sénat ajoutât à ces expressions qui figurent dans le projet de la commission : « la nécessité de le tenir enfermé », ces mots : « par voie de coercition ». A la dernière séance, j'avais déclaré au Sénat, et je déclare encore aujourd'hui que cette expression : « la nécessité de tenir le malade enfermé », implique par elle-même une idée de contrainte et de coercition.

La commission, après avoir délibéré sur l'addition proposée par M. Lacombe, a pensé que véritablement elle n'était pas nécessaire. Nous employons les expressions les plus fortes ; nous disons qu'il y a nécessité de tenir le malade enfermé. Cela veut bien dire évidemment qu'il subit une contrainte sur sa personne, une coercition, qu'il est enfermé dans un local où il ne peut s'échapper. Nous ne pensons donc pas que la confusion que redoute l'auteur de l'amendement puisse jamais se produire, et nous maintenons notre rédaction telle que nous l'avions d'abord proposée.

En second lieu, notre honorable collègue propose de dispenser les ascendants et le conjoint de toute déclaration, même lorsqu'il y a eu contrainte physique, coercition exercée sur le malade pendant une période de trois mois. Nous ne sommes pas d'avis de leur accorder cette dispense. Il y a là, en effet, une circonstance extrêmement grave : il y a eu privation de la liberté individuelle depuis plus de trois mois, et il n'y a qu'une présomption qui ne peut être complètement justifiée.

M. de Gavardie. C'est justement là la question !

M. Delsol. Dans tous les cas, il est possible que ce malade, qui est évidemment un agité, qui a des accès de fureur, ne puisse pas recevoir dans sa famille les soins qui sont indispensables à sa santé et à sa sécurité. En conséquence, en présence de ce fait de contrainte, de coercition durant plus de trois mois, nous demandons que les ascendants et le conjoint soient soumis à la règle générale qui les oblige à faire une déclaration. (Très bien ! très bien !)

M. le Président. Personne ne demande plus la parole ?... Nous allons procéder par voie de réserve et par voie de division. M. Lacombe demande l'adjonction de ces mots : « par voie de coercition », et, de plus, il demande « que les ascendants et le conjoint ne soient pas tenus de faire la déclaration prévue par le paragraphe 1er de l'article 8 ». Je vais donc consulter le Sénat sur ce paragraphe sous cette double réserve, que je soumettrai ensuite au Sénat. (La première partie de l'article 8, mise aux voix, est adoptée.)

M. le Président. Après ces mots : « le tuteur, conjoint ou parent qui préside... » M. Lacombe demande qu'on joigne ceux-ci : « les ascendants et le conjoint. » Je consulte le Sénat. (Cette disposition additionnelle n'est pas adoptée.)

M. LE PRÉSIDENT. Je mets maintenant aux voix ces mots : « ... par voie de coercition. » (Cette disposition additionnelle n'est pas adoptée.)

M. LE PRÉSIDENT. Je donne une nouvelle lecture du paragraphe 2 :

« Il est joint à cette déclaration un rapport circonstancié dressé et signé par un docteur en médecine. Ce rapport doit indiquer la date de la dernière visite faite au malade par le signataire, sans que cette date puisse remonter à plus de huit jours ; les symptômes observés et les preuves de folie constatées personnellement par le signataire, ainsi que son appréciation sur la suffisance des soins qui peuvent lui être fournis dans sa famille. » (Adopté.)

« § 3. — Le procureur de la République peut, sur l'avis du médecin-inspecteur, décider que le tuteur, conjoint ou parent qui fait traiter un aliéné dans les conditions ci-dessus indiquées, est tenu seulement d'envoyer un nouveau rapport médical à des intervalles déterminés et qui ne pourront pas excéder trois mois. »

M. LACOMBE. Je demande à présenter une observation de ma place. Ce paragraphe préjuge la création des fonctionnaires inspecteurs. Jusqu'à présent, on avait réservé tout ce qui était relatif à cette création.

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. Vous avez parfaitement raison !

M. DELSOL. La commission accepte l'ajournement du paragraphe.

M. LE PRÉSIDENT. M. Lacombe demande, d'accord avec la commission et le Gouvernement, que le paragraphe soit réservé. Il n'y a pas d'opposition ?... (Le paragraphe est réservé.)

M. DE GAVARDIE On devrait réserver l'article tout entier.

M. LE PRÉSIDENT. Non, monsieur de Gavardie, ce n'est pas là ce qui a été proposé ; si vous le voulez, vous pouvez en faire la proposition pour votre compte.

M. DE GAVARDIE. J'en fais alors la demande au Sénat.

M. LE PRÉSIDENT. M. de Gavardie propose de réserver l'article tout entier. Je mets aux voix cette proposition. (Le Sénat, consulté, n'adopte pas la proposition de M. de Gavardie.)

M. LE PRÉSIDENT. Je donne lecture du dernier paragraphe :

« Dans le cas où des mesures de surveillance plus complète seraient reconnues nécessaires, elles seront prescrites par le tribunal en chambre du conseil. Le tribunal sera saisi, soit par le procureur de la République, soit par un délégué spécial du conseil de famille. La décision sera prise en présence du tuteur ou parent, ou après qu'ils auront été mis en demeure d'intervenir. » (Le paragraphe, mis aux voix, est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Je ne mets pas aux voix l'ensemble, puisqu'il y a un paragraphe réservé.

M. DE GAVARDIE. Peut-on demander la parole sur l'ensemble des paragraphes votés ?

M. LE PRÉSIDENT. Non, monsieur de Gavardie, vous aurez la parole quand on votera sur l'ensemble de l'article.

M. DE GAVARDIE. Il y aura alors un préjugé...

M. LE PRÉSIDENT. Veuillez me laisser vous répondre. C'est déjà par exception qu'on vous accorde, à vous, personnellement le droit de parler sur l'ensemble d'un article. Mais il ne s'agit pas de cela pour le moment; ce n'est que quand le Sénat sera appelé à voter sur l'ensemble de l'article que vous pourrez prendre la parole.

M. DE GAVARDIE. Et je vous le promets ! (Rires.)

M. LE PRÉSIDENT. Je n'en doute pas, monsieur de Gavardie. (Nouveaux rires.)

« Art. 9. — Des règlements d'administration publique détermineront :

« 1° Les devoirs et attributions des commissions de surveillance administrative et financière des asiles publics d'aliénés, des médecins-directeurs, médecins en chef et adjoints, et autres fonctionnaires et employés de ces établissements; des médecins préposés responsables, des préposés responsables, des médecins adjoints des quartiers d'hospice; des médecins en chef et adjoints des asiles privés faisant fonction d'asiles publics ;

« 2° Les conditions auxquelles sont accordées les autorisations énoncées en l'article 7 ; les cas où ces autorisations peuvent être retirées; les obligations auxquelles sont soumis les établissement privés autorisés; les bases sur lesquelles doit être calculé le montant des cautionnements ;

« 3° Les conditions d'organisation et de fonctionnement des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, ainsi que les conditions du retrait d'autorisation et de la mise en régie de ces établissements, prévues par l'article 5 de la présente loi ;

« 4° Les conditions d'organisation, de fonctionnement et de surveillance des établissements prévus par les deux derniers paragraphes de l'article 1er de la présente loi; des quartiers d'observation annexés aux établissements publics ou privés d'aliénés ainsi que les quartiers ou locaux établis pour le dépôt provisoire des aliénés non encore internés, ou pour les expertises médico-légales sur l'état mental des inculpés, dans l'hospice ou hôpital de tout chef-lieu judiciaire où il n'existe pas un asile public d'aiénés ou un asile privé faisant fonction d'asile public;

« 5° Les bases sur lesquelles seront établies les taxes propor-

tionnelles pour frais de surveillance des aliénés et autres dépenses en vue desquelles est constitué le fonds commun prévu par l'article 48 de la présente loi;

« 6° Les bases générales du concours des communes à la dépense des aliénés indigents et les règles à suivre pour appliquer ces bases aux diverses communes et fixer la proportion du concours à exiger d'elles;

« 7° Les conditions de recrutement, de traitement, d'avancement et de mise à la retraite des surveillants et gardiens employés dans les établissements publics d'aliénés. »

M. Lacombe. Je demande qu'on réserve le paragraphe 5.

M. le Ministre de l'intérieur. Je le demande également. Ce paragraphe prévoit, en effet, la taxe proportionnelle sur les aliénés. Or, avant d'établir les bases sur lesquelles cette taxe sera établie, il faut savoir si la taxe elle-même sera acceptée par le Sénat. C'est pourquoi je me joins à M. Lacombe pour demander que le paragraphe 5 soit réservé. (Très bien!)

M. de Gavardie. Il faut réserver tout l'article! (*A suivre.*)

VARIA

COURTE NARRATION
SUR
UNE JEUNE FILLE QUI VÉCUT SANS BOIRE NI MANGER

Par Gérard BUCOLDIANUS

Il existe une ville appelée Rœd, cité de l'empire, située sur le Rhin, et distante d'environ deux milles de Spire. En l'an 1539, il y avait dans cette ville une jeune fille appelée Marguerite. Son père se nommait Sevfrit Vueis et sa mère Barbara. Parvenue à peu près à l'âge de dix ans, elle fut prise à la Saint-Michel de douleurs de tête et de ventre. Mais, le mal était plus persistant qu'intolérable, et ne la forçait pas à garder le lit. Durant ce temps, elle commença cependant à ressentir de jour en jour un plus grand dégoût pour les aliments. Ses excréments diminuaient graduellement. Depuis

le dimanche de la Nativité, dernier jour où elle prit quelque nourriture, elle ne put désormais absorber quoique ce fut. Pourtant, elle n'avait pas encore l'horreur de la boisson.

A l'approche de l'année 1540, comme elle se plaignait encore beaucoup de douleurs de ventre et de tête, et que, vers le commencement de cette année, ses pieds et ses mains quasi-contractés, ne pouvaient plus remplir leurs fonctions. Le père inquiet sur le sort de sa fille, et dans l'espoir de trouver guérison à sa maladie, recourut aux consultations des médecins. Une vieille femme que les paysans du pays consultent pour tous les maux, bien plus que les médecins, lui ordonna de lui faire prendre deux bains par jour, et de lui faire faire usage d'une décoction de certaines herbes. On en fit en vain l'essai pendant huit jours, après lesquels on s'arrêta. Peu de temps après, une autre femme, du genre de ces charlatans qui passent de temps à autre dans les bourgs et dans les villes, et vendent aux habitants des campagnes toutes sortes de drogues, donna au père quelques racines d'herbes à propriétés merveilleuses. On fit avec ces plantes, des bains qu'elle prit deux fois par jour, un avant, et l'autre après midi. Au bout de quatre semaines, la jeune fille recouvra sa santé première. L'usage des pieds et des mains qu'elle avait auparavant perdu, lui revint en même temps.

Ces faits se passaient quelque temps après Pâques. Tout à coup, elle fut saisie comme jadis d'un tel dégoût de la nourriture et de la boisson, qu'après les fêtes et jusqu'à ce jour, elle refusa absolument de manger, ne but même pas et ne rendit pas la moindre goutte d'urine. Toute cette année 1540, et surtout l'été, furent d'une chaleur et d'une sécheresse extrêmes, telles que de mémoire d'homme, on n'en avait encore jamais vu. Aussi, le singulier phénomène de voir une jeune fille refuser toute boisson à pareille époque, attira-t-il grandement l'attention sur son pays.

L'année suivante, 1531, la renommée de la jeune fille se répandait déjà de toutes parts. Elle parvint aux oreilles du suzerain de ce lieu, l'évêque de Spire. Ce dernier donna mission au juge même de la ville de s'adjoindre une personne sûre et de lui faire un rapport sur le mal dont souffrait la jeune fille. Deux gardiens furent donnés à celle-ci. Pendant dix jours et dix nuits, ils se tinrent en observation auprès d'elle. A cet effet, on l'avait transportée dans la maison du

prêtre du lieu, qu'on nomme vulgairement pasteur. Cette expérience fut faite pendant la semaine sainte, et comme, on put prouver qu'aucune fraude ne s'était produite, on la laissa aller, et elle put retourner chez elle. Quelques mois après, le gouverneur d'une citadelle voisine, dépendant d'un fief de l'évêque et que nous appelons Ciffelinck, fut délégué pour étudier plus particulièrement le cas. Il fit venir la jeune fille et la fit enfermer dans la citadelle, où il la garda cinq jours. Durant ce temps, comme elle n'avait eu aucun besoin de manger ni de boire, le gouverneur, convaincu que ce qu'elle avait fait auparavant était vrai, la renvoya chez ses parents.

Toute cette année s'écoula sans qu'elle ne but ni mangeât. L'an suivant, 1542, au moment où Ferdinand, roi des Romains, allait entreprendre la guerre contre les Turcs, ce grand monarque se rendant à la diète impériale, se rendit à Spire. Plein de confiance sur le cas présenté par la jeune fille, et, poussé par la curiosité, il la fit venir vers lui au mois de février. Elle était seule avec son père. L'enfant avait à cette époque dépassé sa douzième année, et, pour son âge, elle était bien proportionnée sous tous les rapports, comme taille et comme ensemble. Ses yeux tiraient d'une façon indécise entre le bleu et le vert, et, pour une fille de campagne, elle possédait un visage distingué. Son esprit était gai et naturel. Sa Majesté, convaincue des preuves irrécusables qu'on lui avait faites sur ce jeûne si étonnant, qui, non seulement avait attiré l'attention de tous les grands personnages, mais encore celle de ses physiciens, pensa qu'il pouvait y avoir intérêt pour la gloire de son pays, à faire examiner ce cas le plus promptement possible.

Pour ces raisons, il voulut que je la reçusse dans mon hôpital et que je procédâsse sur-le-champ à son examen. On fit venir un homme habitué à la garde des malades. Il se nommait Hans Graü, natif de Vienne, reconnu pour son honorabilité et son activité. Il fut chargé d'assister la jeune fille et de ne pas la quitter des yeux un seul instant. On fit déposer à cette dernière ses vieux vêtements, elle fut revêtue d'habits tout neufs offerts par le roi, et, hâtons-nous de le dire, elle fut examinée avec la plus grande diligence. Pressée durant ce temps de boire ou de manger certaines de ces friandises qu'on aime tant à cet âge, elle refusa toujours.

Ce qui causa surtout le plus grand étonnement, c'est que, quoiqu'elle n'eut absorbé ni liquides ni solides, à la suite d'une de ces contrariétés si communes aux enfants de son âge, elle se mettait à pleurer, et d'abondantes humeurs sortaient de son nez ainsi que de ses yeux. Il arriva bien plus : son corps tout entier se recouvrit de boutons et de pustules phlegmoneuses. Elle se trouvait au mieux dans un lit bien chaud, la transpiration étant peut-être plus grande et combattant la faiblesse de son corps. Toutefois, un sommeil tout à fait naturel et tranquille la saisit. Mais, à l'inspiration comme à l'expiration, la partie de l'estomac et celle du bas-ventre qui est légèrement rentrée, ne se dilate pas comme il faut. Quant aux viscères, le foie et la rate ne présentent rien de sensible au palper. Après un examen approfondi de sa bouche nous la trouvons toujours sèche et en sécrétant jamais aucune salive. En priant le sujet avec instance de boire quelque chose, elle consent à tremper le bout de ses lèvres dans un verre contenant de l'eau ou du vin; mais elle ne peut rien garder dans sa bouche un seul instant, pas même une gouttelette, sans la rejeter immédiatement, tant sa répugnance est grande.

Nous poursuivions cette opération depuis douze jours. L'idée de boire et de manger n'entraient jamais dans ses désirs, et, malgré cela, les battements de son pouls, l'état stationnaire de son ensemble, en un mot, toutes les facultés du corps persistaient continuellement. Sa Majesté royale la fit rappeler près d'elle, et Ferdinand, rempli d'admiration, la combla de présents, puis il la fit reconduire chez ses parents.

Eh ! bien, Dieu me damne ! ceci pourra sembler extraordinaire aux philosophes et aux physiciens : la jeune fille se porte bien, grandit. Une chaleur naturelle règne en tout son corps. La respiration est normale, les yeux, les narines et les oreilles exhalent leurs humeurs particulières, le corps est recouvert de pustules phlegmoneuses, elle parle, elle pleure, elle fait tout ce que font les enfants de son âge, selon le [illegible] ils se trouvent et d'après l'époque de la saison, mais, malgré cela, elle ne mange pas, ne boit aucunement et ne rend [illegible] excréments solides !

D'après les expériences faites sur les individus, il a été [illegible] que la chaleur du corps, en desséchant les parties [illegible] action efficace, et que le [illegible]

régnant dans le cœur, avait toujours été alimenté par une inspiration et une expiration continuelles de l'air.

D'où vient cependant chez notre sujet, la suppression totale de l'envie de manger et de boire, puisque tout ce qui est absorbé doit s'éliminer et disparaître par la transpiration? Comment se fait-il qu'une si grande chaleur naturelle persiste chez cette jeune fille, puisque son cœur réclame un continuel rafraîchissement? Sur ce point (on y est amené par la singularité du fait), tous les jugements sont différents. Je n'y vois à vrai dire, et les événements en sont la cause, que toutes les personnes qui l'ont observée ne sont pas d'accord, et pour ma part, je dois avouer que tout le monde s'entend pour mettre cet étonnant prodige sur le dos du diable ou de Dieu, ou l'attribuer à quelque sortilège. Il me semble que tout cela me paraît bien invraisemblable et n'est pas de ma compétence, et je comprends volontiers que les physiciens ne sachent à quoi s'en tenir sur ces deux versions.

En premier lieu, l'humeur qui par suite de la maladie a séjourné longtemps dans le corps, n'aurait-elle pas pu servir de nourriture à l'organisme? Si cela est vrai, il ne faut pas regarder ces phlegmons et ces pustules comme lymphatiques et bilieux, car le sang qui nourrit tout le corps est l'humeur médiane et essentielle qui se répand dans les pustules et les phlegmons, ainsi que dans la lymphe et dans la bile. Si on laisse à ces humeurs acides le temps de se convertir en sang, elles peuvent servir de nourriture au corps. Bien plus, elles sont consumées parce qu'elles ont dépassé la température du sang, et étant devenues à l'état d'excréments indéfiniment retenus, ne nourrissent plus il est vrai le corps, mais ne peuvent lui nuire. Ces faits prouvent que ceux qui prétendirent qu'un jour à Rome, un homme avait vécu de l'humeur bilieuse, se sont grandement trompés, et il n'y a que des auteurs ignorants pour faire venir la bile de l'humeur phlegmoneuse.

En second lieu, il peut se présenter dans cette dissertation une nouvelle hypothèse. Par l'inspiration et l'expiration, et par suite du sommeil long et tranquille, dont jouit la jeune fille, le cœur ne pourrait-il pas, pendant ce sommeil, en humectant le cerveau, conserver aussi la chaleur vitale et animale, et, certaine matière pénétrante et séreuse, en redescendant de la tête dans les parties inférieures du corps, ne

restituerait-elle pas à ce dernier ce qui s'en exhale ou transpire? Mais, que l'alimentation du corps soit faite par l'humeur phlegmoneuse ou par les viscosités, qu'elle vienne du cœur, d'une grande humidité du cerveau ou de toute autre cause, je n'ai pas la prétention d'approfondir le fait. Je mets en première ligne ce que j'ai avancé, laissant à chacun la liberté de juger le cas comme il l'entend, de peur de passer pour paradoxal, en voulant rendre naturel et compréhensible un mystère plus obscur que l'origine des Cimmériens[1], mon dessein n'ayant été que de rapporter brièvement ce que j'ai vu comme une chose certaine. C'est pourquoi, s'il se trouve des personnes qui ne soient pas convaincues et qui traitent d'invraisemblable ce que j'ai vu durant le jeûne de la jeune fille, le seul mal que je leur souhaite, c'est qu'ils ne se voient jamais forcés de subir eux-mêmes cette maladie, même quelques jours, et amenés de la sorte, et bien malgré eux, à cette conviction. C'est ce que je désire également pour moi, qui, avant d'avoir examiné ce cas, étais l'homme le plus incrédule du monde, et aujourd'hui ne le suis plus.

Voici tout ce qu'a écrit Bucoldianus sur la jeune fille de Spire. Bien qu'il n'eût pour cette histoire qu'une médiocre admiration, et l'eût mise à la fin de ses narrations choisies parmi quelques récits de cette nature sur les jeûnes extraordinaires, nous avons jugé convenable de publier dans ce livre ce qu'il a recueilli des auteurs mêmes de ces récits, et de reproduire fidèlement ce qu'ils ont avancé. Nous commençons donc par mettre en première ligne la savante lettre écrite sur cette même jeune fille par Jean Langius.

(Traduit du latin par ALBIN ROUSSELET.) (*A suivre.*)

ASSISTANCE PUBLIQUE : LES ALIÉNÉS DANS LES HÔPITAUX ET HOSPICES DE PROVINCE.

On croirait qu'après la réforme dont Ph. Pinel a été le promoteur, après les améliorations réclamées par Esquirol, Ferrus et leurs élèves, après les transformations rendues nécessaires par la loi du 30 juin 1838, l'*assistance publique des aliénés* est parfaite. Eh bien! il n'en est malheureusement pas ainsi et il y a encore bien des réformes à opérer. Voici quelques faits à l'appui :

[1] Les Cimmériens étaient un peuple fabuleux de l'Italie.

1° A l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry, les deux cabanons sont situés au premier étage de l'ancien bâtiment de la boulangerie, au-dessus de « l'ensevelissoir », très loin de l'hôpital et loin de tout secours. Chaque cabanon possède une demi-fenêtre et une porte munie de deux forts verrous et percée d'un judas. Dans l'un des cabanons, sont disposés quatre montants en bois avec traverse, servant à recevoir une paillasse; dans l'autre il y a un lit en fer mobile. Les aliénés sont conservés *quinze* jours et quelquefois davantage. Les médecins de l'hôpital se plaignent d'autant plus vivement de cet état de choses qu'il n'y a personne pour garder ces malades.

2° L'Hôtel-Dieu d'Epernay dispose de deux cabanons, sans surveillance, éclairés par une ouverture pratiquée dans le toit, rappelant la forme d'une cheminée et dont la porte est munie de verrous et de barreaux. La fenêtre qui existait dans chaque cellule a été supprimée à la suite de la pendaison d'un aliéné. On envoie les malades au bout de deux ou trois jours, rarement plus, à l'asile de Châlons.

3° La Maison des vieillards et des orphelins de Lunéville possède deux cellules, situées dans un petit bâtiment de la basse-cour, contiguës d'un côté à la porcherie, de l'autre à la salle des morts, loin de toute surveillance. Ces cellules ont été construites en 1885-1886. Les malades sont gardés 4, 5 ou 6 jours.

4° A l'hôpital civil et militaire de Saint-Dié, le *cabanon* unique est placé dans un petit bâtiment isolé situé dans un coin du clos, à côté d'un ancien cabanon transformé en salle d'autopsie. Le malade y est abandonné à lui-même. Le cabanon a une porte pleine, sans judas, et est éclairé par une toute petite fenêtre munie de barreaux, percée immédiatement au-dessous du plafond. Les aliénés n'y séjournent que 24 ou 48 heures. Ils sont envoyés à l'hôpital d'Epinal et de là à Maréville.

5° Les trois cabanons de l'hôpital-hospice de Remiremont se trouvent dans un petit pavillon isolé situé dans la cour de la buanderie, des chantiers et de la salle des morts. Le jour provient d'une petite fenêtre, de 20 centimètres sur 50 environ, située au voisinage du plafond. On ne peut s'en servir en hiver, parce qu'ils ne sont pas chauffés. En général, les malades sont dirigés sur l'hôpital d'Epinal au bout de deux ou trois jours. On a l'habitude, qui est loin d'être exempte de dangers, de conserver les aliénés tranquilles; nous en avons vu deux au mois de septembre dernier.

6° L'hôpital Saint-Maurice d'Epinal est doté d'un pavillon d'un étage, isolé de l'hôpital, placé dans un vaste jardin potager. Il est divisé en deux parties par un couloir et l'escalier. A droite sont les hommes et à gauche les femmes. Le rez-de-chaussée comprend les cellules avec préau extérieur, un cabinet avec baignoire, un réfectoire, le bureau des gardiens, etc. Le premier

étage est divisé en deux dortoirs. Le service est fait par un infirmier et une infirmière. Le pavillon reçoit les autres aliénés des autres hôpitaux du département. On les garde durant dix à quinze jours en observation, puis on les renvoie s'ils sont guéris, ou, en cas contraire on les dirige sur Maréville.

7° A Belfort, les cabanons sont au rez-de-chaussée d'un bâtiment dont le premier étage, dans un état misérable, est consacré à une autre catégorie de malades déshérités, les vénériennes. Ces cabanons qui servent de *cachot* à ces derniers[1] sont auprès de la buanderie et séparés par une cour du reste de l'hospice. Les aliénés y séjournent deux, trois semaines, parfois un mois avant d'être envoyés à l'asile de Dôle.

8° L'hôpital de la Charité de Langres possède deux cabanons situés dans le sous-sol, à côté des bains. Les aliénés n'y resteraient pas plus d'un jour ou deux.

9° A l'hôpital Saint-Nicolas de Bar-sur-Aube, les aliénés sont logés dans deux cabanons situés dans un des bâtiments de la basse-cour où on les garde une, deux ou trois semaines avant de les envoyer à l'asile de Saint-Dizier.

10° A Troyes, les cabanons sont dans un bâtiment isolé qui leur est commun avec les vénériennes. A cause de cette disposition, la surveillance laisse moins à désirer. On les conserve huit, quinze ou vingt jours avant de les envoyer à l'asile de Saint-Dizier.

Tous ces faits montrent combien l'assistance des aliénés laisse encore à désirer et que toute trace d'emprisonnement est loin d'avoir disparu. On doit blâmer la mauvaise organisation des cabanons ou plutôt des cachots ; — leur situation dans des bâtiments éloignés du reste de l'hôpital, dans des communs, à côté d'écuries, de telle sorte que le malade est absolument en dehors de toute surveillance. On doit blâmer le *séjour prolongé* des aliénés dans des cabanons-cachots et parfois aussi leur transfert d'un hôpital dans un autre, alors qu'il y aurait le plus grand intérêt à diriger le malade de suite sur l'asile de la circonscription.

Pour remédier à cette triste situation, il y aurait à réaliser *trois réformes*, dont deux n'entraîneraient aucune dépense.

Le Ministre de l'intérieur peut exiger de ses préfets et sous-préfets que les malades aliénés soient transférés dans les vingt-quatre heures à l'asile départemental. On ne conçoit pas qu'avec le télégraphe qui permet d'avoir vite une réponse sur les formalités administratives et avec les chemins de fer qui existent presque partout et ont rendu les communications rapides et commodes, on abandonne les malades dans des cabanons, sans soins, sans traitement, exposés à des accidents de tout genre. Nulle

[1] Cette pratique existe dans d'autres hôpitaux.

difficulté non plus, au sujet de l'interdiction du transfert successif des aliénés dans deux hôpitaux : un ordre formel aux préfets et ces voyages dispendieux, et non sans périls, seraient supprimés.

Reste la transformation des cabanons en *chambres d'isolement* convenablement disposées et ne rappelant plus en rien le souvenir de l'emprisonnement. Nous estimons qu'elle pourrait s'opérer facilement par l'intermédiaire des préfets donnant des instructions précises aux maires, présidents des commissions hospitalières, et aussi par l'intermédiaire des inspecteurs des établissements de bienfaisance, qui verraient comment et dans quelle mesure les prescriptions ministérielles ont été exécutées. BOURNEVILLE.

FAITS DIVERS

ASILES D'ALIÉNÉS.— Nominations : M. le Dr LEMOINE, médecin adjoint à l'asile public d'Armentières, est nommé aux mêmes fonctions a l'asile public de Bailleul (arrêté du 28 mai). — M. le Dr Gilbert PETIT, ancien interne des asiles publics de la Seine, est nommé médecin adjoint (2e classe) à Armentières, en remplacement de M. Lemoine (arrêté du 28 mai). — M. le Dr P. KÉRAVAL, médecin en chef de la colonie d'enfants arriérés de l'asile de Vaucluse, a été nommé médecin-directeur de l'Asile de réforme d'Izeure (Allier), appartenant au département de la Seine.

LA MANIE DE CONSTRUIRE DES ASILES EN ECOSSE. — On dit des Ecossais qu'ils sont très portés à l'économie. On ne le croirait pas à voir leur passion croissante pour les énormes asiles du nord de la Twed, si ça n'était pas un fait acquis que la construction des asiles est positivement une manie. S'il n'en était pas ainsi, un peuple clairvoyant et de sens ne serait jamais assez entêté pour dissiper plusieurs centaines de mille livres chaque année, comme nous faisons, à chercher des asiles pour les fous, au lieu de se pourvoir d'hôpitaux de moyenne grandeur pour leur cure rapide. Nos lois et notre système d'asiles tend directement à la culture des maladies mentales dans leurs formes chroniques. Les obstacles que la loi dans sa bêtise bienveillante met à un prompt traitement et la pratique de grouper les fous dans de vastes caravansérails, et de les traiter par catégories et non individuellement, se combinent pour rendre improbable une guérison rapide. Il n'y aura pas de changement radical à cet égard, tant qu'on ne regardera pas les fines lésions du cerveau, aussi bien que les lésions de l'écorce, comme une maladie ordinaire. C'est la sépation entre les maladies physiques avec symptômes mentaux et les

maladies physiques sans ces phénomènes nommés arbitrairement psychiques, quoiqu'il puisse y avoir du délire ou de l'excitation impulsive, qui crée l'auomalie et fait tout le mal. Nous sympathisons de tout cœur avec les contribuables qui gémissent de l'aménagement des futurs asiles d'aliénés, et nous espérons seulement qu'ils auront le courage d'y mettre un terme. (*The Lancet*, février 1887.) En d'autres termes, mais sans être aussi absolu, nous dirons que la tendance vraiment progressive c'est de rapprocher le plus possible les *Asiles* des *Hôpitaux* ordinaires.

NÉCROLOGIE. — Le Dr James STEWART JEWELL, de Chicago, est décédé le 18 avril dernier. Il était malade depuis environ cinq ans, et depuis longtemps déjà, sa santé était très affaiblie. Né le 8 septembre 1837 à Galena, il prit ses grades au collège médical de Chicago en 1860, et deux ans après, s'établit dans cette ville, où il resta, s'occupant avec activité de sa clientèle jusqu'au moment de sa mort. De 1864 à 1869, il fut professeur d'anatomie, et, depuis 1872, il occupa la chaire des maladies mentales et nerveuses. En 1874, il fonda le *Journal des maladies mentales et nerveuses*, dont la prospérité ainsi que l'érudition sont connues. Le Dr Jewell organisa encore l'*American neurological Association*. C'était un esprit philosophique et laborieux, un médecin savant et pratique à la fois. Il a rendu en neurologie de sérieux services à la science américaine. (*Medical Record*, N. Y., 23 avril 1887. (A. R.)

Bibliographie méthodique des livres de médecine, chirurgie, pharmacie, Art vétérinaire, etc., 1860-1887, suivie de la table générale des noms d'auteurs par ordre alphabétique. Brochure in-8° de 50 pages. — Cette Bibliographie sera envoyée gratuitement aux abonnés des *Archives de Neurologie* sur leur demande. S'adresser à M. Maloine, libraire, 91, boulevard Saint-Germain.

RICHET (Ch.). — *Essai de psychologie générale*. Volume in-18 de 175 pages. — Prix : 2 fr. Paris, 1887. — Librairie F. Alcan.

LICHTWITZ (L.). — *Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens et les zones hystérogènes des muqueuses*. Recherches cliniques. Volume in-8° de 182 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, 1887. Librairie J.-B. Baillière et fils.

LEEGAARD (Chr.).— *Elektrotherapie. En kort Fremstilljng for Luger og studerende*. — Kristiania, 1887. — Forlagt of H. Aschehoug et Cie.

ZIEMSSEN (H.). — *Die elektricität in der medicin*. Volume in-8° de 162 pages, avec 60 figures et une planche lithographique. Berlin, 1887. Hirschwald.

LLOYD (J.-H.). — *Moral insanity : A plea for a more exact cerebral pathology*. Brochure in-8° de 17 pages. Extrait du *Journal of nervous and mental disease*. — New-York, 1886. — Vail et Cie, publishers.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 787.

Vol. XIV. Septembre 1887. N° 41

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DES MONOPLÉGIES PARTIELLES DU MEMBRE SUPÉRIEUR, D'ORIGINE HYSTÉRO-TRAUMATIQUE;

Par H. RENDU, médecin agrégé de l'hôpital Necker.

La réalité des paralysies hystéro-traumatiques n'est plus aujourd'hui à démontrer, et depuis deux ans, grâce aux travaux de M. Charcot et de ses élèves, la question a fait assez de progrès pour avoir pris droit de domicile dans la pathologie courante. On sait actuellement que tous les ébranlements qui impressionnent brusquement certains organismes prédisposés peuvent déterminer des accidents divers, d'ordre purement psychique, caractérisés tantôt par une douleur fixe articulaire, tantôt par une contracture rigide, le plus souvent par une paralysie flasque.

Il n'est pas besoin pour produire ces effets d'un traumastisme intense : un simple choc, à peine douloureux par lui-même, est susceptible, dans des conditions déterminées, d'éveiller la prédisposition nerveuse et d'amener tous les phénomènes considérés comme caractéristiques de l'hystérie; et cela, non seu-

lement à l'instant où s'exerce le traumatisme, mais plusieurs jours, plusieurs semaines après. Les leçons de M. Charcot, les thèses de Renard[1], de Quinqueton[2], de Bataille[3], de Méchin[4], celle si complète de M. Berbez[5] sont pleines de faits de ce genre, qui jettent un jour tout nouveau sur l'interprétation de certaines paralysies plus ou moins généralisées, du sentiment et du mouvement.

Notre intention, dans cette note, n'est pas de revenir sur l'histoire générale de la paralysie psycho-traumatique, mais d'insister sur certaines monoplégies partielles dont les allures cliniques sont assez spéciales, encore incomplètement connues, et qui, bien que liées intimement à l'hystérie, pourraient être au premier abord facilement méconnues, tant la névrose qui leur donne naissance est peu évidente. Nous voulons parler, plus spécialement, de la paralysie partielle limitée à la main et à une portion de l'avant-bras que nous avons observée récemment sur une jeune fille à titre d'accident névropathique exclusif, et dont il existe quelques autres exemples.

Avant d'exposer l'histoire de notre malade, il convient de revenir en quelques lignes sur la description des monoplégies hystéro-traumatiques du membre supérieur, afin d'être bien fixé sur leurs allures cliniques.

Les monoplégies complètes du bras et de l'avant-bras sont assez fréquentes : il semble même que ce

[1] Gilbert Renard. — *De la contracture hystérique traumatique.* Th. 1886.

[2] Quinqueton. — *De l'hystérie chez l'homme,* 1886.

[3] Bataille. — *Traumatisme et névropathie,* 1886.

[4] Méchin. — *Contribution à l'étude clinique des monoplégies brachiales hystériques.* Thèse 1887.

[5] Berbez. — *Hystérie et traumatisme.* Thèse de Paris 1887.

soient les plus communes parmi les paralysies psychiques d'origine traumatique. Elles affectent d'ordinaire la forme flasque, celle dans laquelle le membre pend le long du corps, incapable d'être soulevé ou écarté du tronc. Tous les muscles sont en pareil cas intéressés, y compris ceux de l'épaule. Il n'y a ni contracture, ni roideur musculaire, ni crampes, ni douleurs spontanées : l'inertie est totale. La sensibilité ne manque jamais d'être affectée d'une façon parallèle, et toutes ses modalités sont simultanément touchées à des degrés variables, y compris la sensibilité articulaire.

M. Charcot a insisté sur deux caractères qui, à première vue, prouvent d'une façon presque absolue la nature psychique de ces paralysies. Le premier consiste dans la circonscription très particulière des troubles de la sensibilité et du mouvement, qui s'arrêtent brusquement, en procédant par segments de membres, sans suivre la topographie anatomique des nerfs : le second est tiré de la façon dont se comportent les muscles sous l'influence de l'électricité. La contractilité faradique en effet, n'est point abolie au niveau des régions paralysées, et l'on n'a jamais constaté jusqu'à présent la réaction de dégénérescence, quelle que fût l'ancienneté de la paralysie.

D'ordinaire, avons-nous dit, la monoplégie brachiale est flasque d'emblée : cependant il y a des exceptions à cette règle, et la première phase des accidents peut être une contracture. Ainsi, dans l'observation de Chauffard[1], une chute sur la paume des mains, à la suite de la rupture d'une échasse, donne

[1] A. Chauffard. — *Gaz. hebd. de méd.*, n° 21, p. 341, 1886.

lieu à une vive douleur dans le membre supérieur gauche. D'abord limitées à l'avant-bras et à la main, ces douleurs s'étendent en quelques jours jusqu'à l'épaule et s'accompagnent d'une impotence fonctionnelle de plus en plus grande. En moins de huit jours, survient une contracture de tout le membre accompagnée de rigidité et d'hypéresthésie cutanée, qui persiste pendant une année entière. Puis brusquement, à la suite d'application de courants continus, cette contracture disparaît et fait place à une paralysie flasque fonctionnelle, laquelle dure deux ans et ne cesse que sous l'influence du massage.

Il est à remarquer que dans ce fait, ainsi du reste que dans la plupart des cas de paralysie psycho-traumatique, il n'y a pas une corrélation immédiate ni instantanée entre la paralysie (ou la contracture) et le choc. C'est d'ordinaire plusieurs jours après l'accident que se montre l'impotence fonctionnelle; tout d'abord le malade est endolori, comme après une simple contusion; la gène dans les mouvements, la lourdeur et l'inertie du membre, ne viennent que tardivement: on dirait que le malade prépare et médite sa paralysie: l'expression est de M. Charcot.

Cela est si vrai, que l'intensité du choc joue en réalité un rôle secondaire, et que les faits cliniques nous montrent la monoplégie brachiale succédant aussi franchement à une contusion médiocre qu'à un violent traumatisme. Le relevé des observations les plus connues de paralysie du membre supérieur est, à cet égard, singulièrement instructif.

Voici des cas où le traumatisme initial paraît avoir eu une certaine importance.

Le malade présenté par Troisier à la Société médicale des hôpitaux (23 mars 1885) et adressé par lui à M. Charcot, était un cocher qui, tombant de son siège, se contusionna fortement l'épaule. La paralysie du mouvement et de la sensibilité survint cinq ou six jours après l'accident. (Voir Charcot, III° vol., 20° et 21° leçons.)

Dans le fait de Mercklen également étudié par M. Charcot (III° volume, appendice 1, 2, p. 458 et Berbez, obs. XXVI de la thèse), il s'agissait d'un homme de peine tamponné à l'épaule entre un wagon et une locomotive : malgré une forte contusion accompagnée d'ecchymose, il n'y avait eu ni fracture ni luxation; mais l'ébranlement et aussi l'impression morale avaient été assez intenses pour que le malade perdît connaissance pendant vingt minutes. Les jours suivants, il y eut de l'affaiblissement progressif des membres, et finalement, une monoplégie complète du membre supérieur s'accentuant d'autant plus que la motilité revenait dans les membres inférieurs. Ici encore, le développement de l'inertie fonctionnelle avait été progressif[1].

Citons enfin le fait de Dupouchel (*Gaz. des hôpit.*, 16 oct. 1886) qui concerne un cavalier lequel tombe de cheval et se fait une fracture du radius. On le panse, on l'immobilise, et ce n'est qu'après la levée de l'appareil, deux mois après l'accident, que l'on constate une monoplégie brachiale, évidemment hystérique.

En regard des observations où le choc a été violent et capable de causer un ébranlement général, il en

[1] Ces malades ont été présentés par M. Terrillon à la Société de chirurgie, 29 mai 1885.

est d'autres où la paralysie a succédé à un traumatisme insignifiant. Ainsi, un jeune homme de vingt ans, observé par Féréol, eut une monoplégie tenace du membre supérieur, à la suite d'un léger coup sur l'épaule; un autre individu, soigné par le même médecin, avait eu également une parésie analogue, sous l'influence d'un choc (cité par Berbez). Nous avons eu nous-même l'occasion de présenter à la Société des hôpitaux (27 novembre 1885) un malade atteint de monoplégie du membre supérieur droit, avec hémianesthésie sensitive et sensorielle, consécutive à une compression légère de l'épaule, survenue pendant le sommeil de l'ivresse. Là encore, les phénomènes paralytiques furent aussi accusés et aussi durables que dans les cas de traumatismes graves.

Ce qui frappe dans l'histoire de tous ces malades, c'est la présence constante, avec fort peu de variantes, des stigmates de l'hystérie. A côté du fait matériel de la paralysie, on retrouve les principaux traits de la névrose, avant tout les troubles de la sensibilité générale et spéciale. L'hémianesthésie sensitive et sensorielle fait rarement défaut; quelquefois même, la surface totale des téguments est frappée d'insensibilité, ou bien encore présente des plaques d'anesthésie disséminées. Ailleurs, ce seront des zones hypéresthésiques, alternant avec l'anesthésie, qui décèleront la nature de la névrose, Enfin, la recherche des points hystérogènes, susceptibles de déterminer par compression, soit de vraies attaques de nerfs, soit des auras incomplètes, vient encore presque toujours confirmer le diagnostic.

De tous ces stigmates hystériques, le plus constant

et le plus sûr est sans aucun doute le rétrécissement concentrique du champ visuel dont M. Charcot a démontré toute l'importance. Les modifications dans la perception des couleurs, signe clinique moins facilement palpable, mais très topique quand il existe; la polyopie monoculaire accompagnée le plus souvent de perte de l'appréciation de la grandeur des objets (macropie ou micropie), enfin l'anesthésie pharyngienne constituent des signes confirmatifs qui dans les cas douteux rendent les plus grands services.

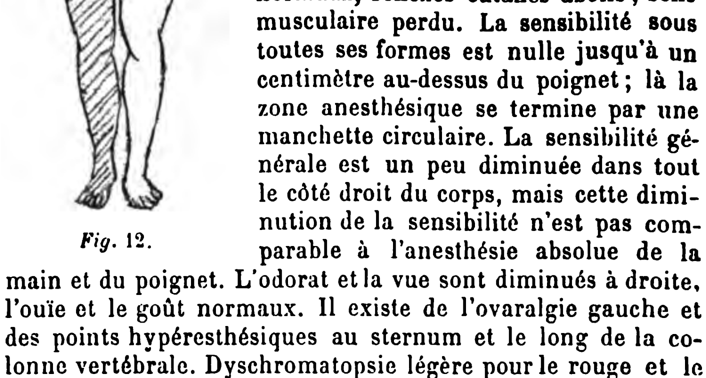
Nous sommes maintenant en mesure d'analyser les cas frustes de monoplégie brachiale psycho-traumatique, ceux dans lesquels un segment de membre, le plus souvent la main et l'avant-bras, se trouve seul intéressé.

Tout d'abord, il est des circonstances où le diagnostic s'impose en quelque sorte; c'est quand la paralysie partielle est manifestement consécutive à une attaque d'hystérie bien caractérisée. Dans ces conditions, l'impotence fonctionnelle de la main n'est qu'un épisode (souvent tenace et durable, il est vrai) d'une monoplégie, voire même d'une hémiplégie passagère. Lumbroso[1], dans un intéressant mémoire sur la paralysie hystérique cite un fait de ce genre. Nous le reproduisons en le résumant.

Observation I. — Cesira Poli, âgée de vingt-trois ans, modiste, raconte que sept jours auparavant, elle fut prise d'un accès convulsif qui dura une heure, sans perte de connaissance,

[1] Giacomo Lumbroso. — *Contributo alla diagnosi delle paralisi isteriche* (*Lo Sperimentale*, nov. et décembre 1886).

ni morsure de la langue, ni coma consécutif. Immédiatement après l'attaque, elle remarqua qu'elle éprouvait une certaine difficulté à remuer le bras droit, lequel était d'autre part, animé de certains mouvements rhytmés involontaires (athétose). Ces mouvements allèrent s'atténuant, à mesure que l'impotence fonctionnelle faisait des progrès : bientôt la parésie s'accusa dans tout le membre supérieur.


Fig. 12.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate l'état suivant : Parésie du membre supérieur droit, portant exclusivement sur la main et sur le poignet. Les muscles de l'épaule, du bras et de l'avant-bras ont conservé leur force. La malade peut à peine fermer la main et tenir sa cuiller pour manger : le long supinateur est épargné. Pas de rigidité musculaire sous l'influence des mouvements passifs; réflexes tendineux normaux, réflexes cutanés abolis ; sens musculaire perdu. La sensibilité sous toutes ses formes est nulle jusqu'à un centimètre au-dessus du poignet ; là la zone anesthésique se termine par une manchette circulaire. La sensibilité générale est un peu diminuée dans tout le côté droit du corps, mais cette diminution de la sensibilité n'est pas comparable à l'anesthésie absolue de la main et du poignet. L'odorat et la vue sont diminués à droite, l'ouïe et le goût normaux. Il existe de l'ovaralgie gauche et des points hypéresthésiques au sternum et le long de la colonne vertébrale. Dyschromatopsie légère pour le rouge et le vert. Application de courants continus de la nuque à l'avant-bras ; disparition rapide de la paralysie et de l'anesthésie, persistance de l'hypéresthésie et des troubles visuels. (*Fig.* 12.)

L'interprétation de ce fait ne laisse ici aucun doute. L'attaque d'hystérie ouvre la scène, entraîne à sa

suite l'impotence fonctionnelle de tout le bras, avec des mouvements choréiformes, et la paralysie sensitivo-motrice de la main et du poignet est la conséquence évidente de l'ébranlement nerveux dont la crise convulsive était la manifestation.

Voici maintenant un cas plus complexe où la monoplégie partielle de la main et de l'avant-bras se montre à l'occasion d'un traumatisme léger chez un individu atteint déjà de paraplégie psycho-traumatique à la suite d'une contusion des membres inférieurs. Nous empruntons cette curieuse observation aux Leçons de M. Charcot, III° volume, appendice n° I, 1887 (Obs. XXIV, p. 106), rapportée dans la thèse de M. Berbez[1].

Observation II. — Joseph Lelogeais, vingt-neuf ans, garçon de cuisine, raconte que, traînant une charrette à bras, il a été heurté par une voiture de blanchisseur qui l'a renversé et dont une roue lui a passé au travers du corps, vers la racine des membres inférieurs. On le relève sans connaissance. Renseignements pris, le fait est reconnu inexact : la roue de la voiture ne lui a nullement passé sur le corps, et tout se borne à une chute violente sur le trottoir, à une ecchymose de la hanche et à une très vive impression de frayeur. Le malade reste sans connaissance pendant deux jours, puis reprend ses sens, se remet à marcher et quitte l'hôpital au bout de six jours, encore souffrant mais nullement paralysé.

Quelque temps après, étant chez lui, il éprouve un sentiment de malaise, une boule qui lui remonte vers le larynx et perd connaissance. On le transporte à l'Hôtel-Dieu, où il reste quatre jours inconscient, en proie à de violents maux de tête, et presque paraplégique. Il reste incessamment sous le coup de l'impression de son accident, dont il évoque le souvenir dans ses rêves.

On constate les symptômes suivants : Amnésie très accusée, faiblesse extrême, anesthésie complète des membres inférieurs

[1] Nous résumons les grands traits de l'histoire de ce malade, renvoyant pour les détails à la lecture du texte original.

à la piqûre et au froid, se terminant brusquement par une ligne circulaire qui suit le pubis et le pli de l'aine jusqu'au coccyx en arrière. Sens musculaire et sensibilité articulaire abolis ; le malade n'a pas la notion de la position de ses membres.



Fig. 13.

Les mouvements sont nuls aux cuisses et aux jambes, bien que les muscles puissent encore se contracter, et qu'il soit capable de remuer les orteils ; la résistance aux mouvements passifs est nulle.

Il existe également de nombreux stigmates hystériques : céphalée gravative, hémispasme de l'orbiculaire buccal, rétrécissement du champ visuel, abolition de l'odorat du côté droit et du goût, anesthésie pharyngienne et cornéenne. Accès de suffocation amenant du spasme laryngé et des phénomènes de cyanose. (*Fig.* 13.)

« Six mois après, à la fin de décembre, le malade se mord le dos de la main dans une attaque et se fait une ecchymose légère. Il survient une paralysie en manchette de l'avant-bras (sensibilité et mouvement). Cette paralysie monte jusqu'au coude. Disparition subite de la paralysie le 5 janvier au réveil. »

Il est regrettable que l'observation de M. Berbez ne donne pas plus de détails sur cette dernière paralysie localisée à l'avant-bras et à la main : toutefois, l'ensemble de l'histoire de ce malade ne laisse place à aucun doute sur la nature de ce phénomène. Il s'agit bien là d'un sujet chez lequel un traumatisme violent et surtout une frayeur considérable éveillent une hystérie grave et une paraplégie psychique des membres inférieurs. Pendant des mois, les membres supérieurs

sont respectés, lorsque, dans une crise, le malade se mord accidentellement et légèrement le dos de la main. Immédiatement cette main se paralyse. Evidemment, il faut faire la part de l'attaque qui a mis le système nerveux dans un état de vibration spéciale; mais on ne saurait méconnaître le rôle de la morsure, si légère fût-elle, car c'est elle qui semble avoir déterminé la localisation de cette dernière paralysie. Il se passe là des phénomènes absolument comparables à l'engourdissement momentané qui suit un choc sur la main, et qui disparaît au bout de quelques secondes : seulement, chez les prédisposés, cette impression persiste et engendre la notion cérébrale d'une paralysie plus ou moins durable.

L'observation suivante que M. Charcot a eu l'obligeance de me communiquer, rentre dans la même catégorie. Il s'agit encore d'une irritation légère, mais persistante, de l'articulation du poignet gauche, qui détermine, en même temps que des phénomènes d'hystérie générale, une paralysie partielle sensitivo-motrice de la main et de l'avant-bras gauche. Chez cette malade comme chez le précédent, la paralysie semble avoir été la première manifestation d'une hystérie demeurée jusqu'alors absolument latente.

Observation III. — Amélie Bonnefons, âgée de quatorze ans et demi, entre le 9 mars 1887 dans le service de M. le professeur Charcot, salle Duchenne de Boulogne. Les antécédents héréditaires sont incomplètement connus. Son père est bien portant, mais la malade ne connaît pas sa mère, et de ce côté, l'hérédité névropathique peut exister sans qu'on puisse la démontrer. Personnellement, cette jeune fille n'a jamais eu d'autre maladie qu'une grave atteinte de choléra, en 1884.

En 1885, il s'est développé, au niveau de l'articulation radio-

carpienne gauche, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, qui la faisait souffrir, surtout à la pression. Soignée à Saint-Antoine par des applications de teinture d'iode et l'immobilisation, elle fut guérie en six mois. Mais, à partir de cette époque, la main gauche a commencé à s'affaiblir et la malade dut être retirée de la maison où elle était en apprentissage. Elle ne souffrait plus du poignet; les mouvements étaient conservés, mais la main était devenue extrêmement faible et laissait tomber les objets. Depuis deux mois, il existe quelques mouvements choréiques aux membres supérieurs.

Au moment de son entrée à l'hôpital (9 mars 1887), on constate les signes suivants : la forme et l'aspect du membre supérieur gauche ne sont pas modifiés. Il existe une parésie du membre supérieur, il est très difficile à la malade de porter la main sur la tête. La face n'est point paralysée. Le goût, l'odorat, sont diminués à gauche. L'examen des yeux montre l'existence d'un rétrécissement concentrique prononcé du champs visuel de l'œil gauche. Rien à droite. Il y a, du côté gauche, une hémianesthésie au tact, à la douleur et à la température ; le sens musculaire est aboli. (*Fig.* 14.)

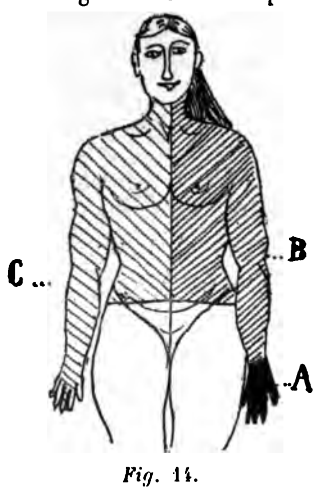


Fig. 14.
A. anesthésie totale ; — B, anesthésie incomplete ; — C. sensibilité légèrement diminuée.

On applique le jour de l'entrée un aimant auprès du bras gauche. Au bout de trois quarts d'heure, la sensibilité est revenue partout, sauf à la partie inférieure de l'avant-bras gauche et à la main. La parésie s'est atténuée ; le transfert l'autre côté du corps ne s'est pas produit.

25 *avril.* — L'état actuel est devenu le suivant : pas de modifications dans la forme, l'aspect extérieur, la coloration et la température du membre affecté.

Mouvements. — Rien d'anormal dans les mouvements de l'épaule, du bras et du coude. Ceux de l'articulation radiocarpienne sont conservés, mais très affaiblis ; de même pour

les mouvements des doigts. La main semble lourde à la malade, elle laisse tomber les objets qu'elle porte.

Les muscles de la main ont conservé leurs propriétés électriques, mais il sont un peu amaigris et moins forts qu'à l'état normal. Le mouvement d'opposition du pouce, par exemple, est possible, mais affaibli, de même pour l'action des interosseux. Au dynamomètre, on obtient : pour la main droite, 22 ; pour la main gauche, 15.

Sensibilité. — La sensibilité cutanée est peu développée en général. Ainsi, du côté sain, on peut enfoncer une épingle assez profondément dans la peau du bras sans faire crier la malade qui accuse seulement un peu de douleur. La diminution de la sensibilité de ce côté porte sur la moitié antérieure du tronc et sur le membre supérieur tout entier. Le ventre et les membres inférieurs ont leur sensibilité normale. A gauche, la sensibilité est également émoussée sur le tronc et sur le membre supérieur (voir *le schéma*), mais les phénomènes les plus intéressants s'observent au poignet et à la main. Celle-ci présente une anesthésie absolue qui remonte à 2 ou 3 centimètres sur le poignet, de façon à figurer un véritable gant. Sur toute l'étendue de la main, la malade ne sent pas quand on la pique et elle ne distingue pas le chaud du froid.

La sensibilité profonde est abolie ; le sens musculaire est perdu en ce qui concerne les doigts et le poignet. — L'odorat, l'ouïe, le goût sont normaux et il n'y a aucune différence entre le côté gauche et le droit. — Pas d'anesthésie du pharynx, pas de rétrécissement du champ visuel ; aucun point hystérogène. Il est impossible de provoquer des contractions à l'aide de la bande d'Esmarch. Depuis quelques jours, les mouvements choréiques qui existaient lors de la rentrée de la malade à l'hôpital et qui avaient disparu ont de nouveau reparu.

30 *avril.* — Même état. Mais le sens musculaire a reparu au poignet et aux doigts.

Dans les trois cas que nous venons de passer en revue, les stigmates de l'hystérie étaient assez accentués pour permettre sans hésitation, d'affirmer la nature psycho-traumatique de la paralysie. Voici maintenant un fait encore plus curieux, dans lequel la mo-

noplégie partielle constitue l'unique manifestation de la névrose. Il s'agit d'une jeune fille à laquelle je donne des soins depuis deux ans, qui n'a jamais présenté la moindre tendance aux crises nerveuses et chez laquelle, même maintenant, l'observation la plus attentive ne peut déceler aucun stigmate hystérique. Il y a quelques années, la genèse de cette monoplégie eût été inexplicable, et même avec les notions actuelles sur les paralysies psychotraumatiques, nombre de médecins hésiteraient encore aujourd'hui à se prononcer devant un fait aussi insolite. Néanmoins l'analogie absolue des symptômes et de la marche de ce cas, comparé aux précédents, ne laisse suivant moi, aucune prise au doute.

Observation IV. — Mlle V..., âgée de dix-sept ans, grande et bien constituée, jouissait d'une parfaite santé, lorsqu'elle est tombée accidentellement, il y a près de quatre ans, en faisant un faux pas dans un escalier, et s'est foulé le poignet droit. Il en est résulté une douleur assez vive et la nécessité de garder la main en écharpe pendant une dizaine de jours. L'accident en lui-même fut insignifiant.

Cependant, à partir de cette époque, Mlle V... remarqua que les mouvements du poignet sans être plus difficiles, étaient un peu gênés. C'était surtout en jouant du piano qu'elle s'en apercevait; elle se fatiguait plus vite à cet exercice. Tout d'abord, sa mère n'y prit pas garde, et crut même que sa fille saisissait ce prétexte pour se dispenser d'étudier sa musique. Les choses en restèrent là pendant plus d'un an, la jeune fille se plaignant toujours d'une certaine fatigue de l'avant-bras droit, et incapable au demeurant de jouer du piano plus d'une heure de suite.

En 1886, sous l'influence de quelques troubles de la santé générale qui avaient amené un notable degré d'anémie, cette fatigue musculaire locale s'accrut considérablement, et il devint impossible à Mlle V... de jouer du piano, sans éprouver des malaises notables. Au bout de quelques minutes, elle com-

mençait à ressentir dans l'avant-bras des crampes et des douleurs assez vives qui ne cessaient que par le repos de la main, et qui même ne disparaissaient pas de suite. Après avoir essayé de diminuer les heures d'étude, puis de les supprimer momentanément pendant quelques jours, il fallut y renoncer complètement, et suspendre pendant deux mois toute leçon de musique. C'était d'ailleurs la saison des vacances, et le séjour au grand air, joint au repos complet de l'avant-bras, ne tarda pas à faire disparaître toute douleur. La malade se crut guérie, et à son retour à Paris, au mois de novembre dernier, elle se remit à l'étude comme par le passé, ne conservant plus, en apparence, aucune trace de son affection. Mais ce mieux ne fut pas de longue durée. Trois semaines après, les douleurs reparaissaient, non plus sous la forme de crampes, mais avec les allures d'une fatigue douloureuse du poignet : en même temps la faiblesse s'accentuait, au point que Mlle V... avait de la peine à soulever de la main droite des objets d'un poids peu considérable et qu'elle portait difficilement une carafe pleine d'eau. Ce fut seulement alors que Mme V... attira mon attention sur l'état de sa fille et me pria de l'examiner au point de vue de cette faiblesse qui lui semblait étrange.

Voici ce que je constatai :

A première vue, l'avant-bras et la main du côté droit, paraissent tout à fait normaux et absolument semblables à leurs congénères du côté gauche. Les téguments ne sont ni pâles, ni violacés; la circulation s'y fait bien; rien n'indique l'apparence d'un état morbide.

Les mouvements voulus du poignet et de la main sont tous possibles. Mlle V... peut redresser, fléchir le poignet, le porter dans l'abduction ou dans l'adduction, sans aucune difficulté quand on le lui commande, même lorsqu'elle a les yeux fermés. Il n'y a donc pas de paralysie, au sens propre du mot. Il n'y a pas non plus de contracture, car les mouvements spontanés, de même que les mouvements provoqués, s'exécutent sans aucune roideur musculaire.

Il en est de même des mouvements des doigts qui ont conservé leur agilité et courent sur les touches du piano comme par le passé, avec cette différence que la fatigue arrive de suite au bout de quelques minutes d'exercice.

Les symptômes les plus saillants sont la perte de la force musculaire, et les troubles de la sensibilité. La diminution des

forces est telle, qu'il est impossible à Mlle V... de tenir un objet tant soit peu lourd avec sa main droite. Instinctivement elle se sert de sa main gauche pour tous les mouvements qui demandent un certain effort, tels que déplacer une chaise, porter une carafe, etc. Au dynamomètre, elle donne facilement avec la main gauche une pression de 40 kilog., tandis que de la main droite elle n'arrive pas à 4 kilogr. Il y a donc une impotence fonctionnelle complète de ce côté, bien que tous les mouvements soient en apparence conservés.

La sensibilité présente des perturbations non moins considérables. Le contact est encore perçu bien qu'il soit émoussé. En touchant légèrement le dos ou la paume de la main avec le pulpe du doigt, la malade ne s'aperçoit pas de la sensation de contact, quand elle n'a pas vu le doigt se poser sur elle, et pourtant elle apprécie encore des sensations assez fines. Ainsi elle ramasse sans difficulté une aiguille ou une épingle, même sans les voir, quand on lui place la main dessus; elle se rend compte également de la présence d'une feuille de papier interposée entre sa main et la table, etc. Il y a donc, en somme, affaiblissement, mais non disparition de la sensibilité tactile.

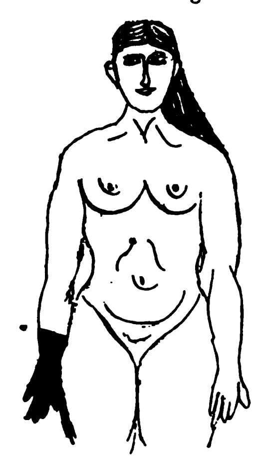


Fig. 15.

Par contre, la sensibilité à la douleur et l'appréciation de la température sont presque complètement abolies. On peut pincer, piquer la peau, sans que la malade perçoive autre chose qu'une impression de contact : elle est également incapable de distinguer le chaud du froid, sauf pour les températures extrêmes : il y a quelques semaines, elle s'est brûlée accidentellement un doigt avec de l'eau chaude sans le sentir.

La sensibilité articulaire est également altérée. On peut croiser les doigts, les placer dans des positions anormales, les faire chevaucher les uns sur les autres, sans que la malade ait la notion de la position de ses phalanges. En redressant les doigts de façon à forcer le mouvement de l'articulation métacarpienne, la malade n'éprouve ni douleur, ni sensation pénible, bien que cette extension anormale soit poussée à ses

plus extrêmes limites. La sensibilité propre des surfaces articulaires est donc totalement abolie.

Il semble également que le sens musculaire soit très émoussé. La malade n'a évidemment pas la conscience nette du degré d'effort à faire pour produire un mouvement déterminé, pour fournir une pression un peu soutenue par exemple : mais il est possible que l'anesthésie joue le principal rôle dans ce phénomène.

La distribution de ces troubles sensitifs est très particulière. L'anesthésie occupe toute la main droite, la région du poignet et s'arrête brusquement à 8 ou 9 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire, n'atteignant pas tout à fait la moitié de l'avant-bras.

Elle dessine donc une sorte de manchette, dont la partie supérieure se termine par un sillon circulaire presque régulier. Au-dessus, les téguments ont leur sensibilité normale, au-dessous, l'analgésie est absolue, sans zone de démarcation intermédiaire. Cette disposition est bien caractéristique, car elle ne concorde ni avec la distribution anatomique des nerfs cutanés superficiels de l'avant-bras, ni avec celle des branches profondes.

Les réactions électriques méritent également d'être étudiées. La contractibilité faradique est parfaitement conservée, et les muscles de l'avant-bras et de la main droite répondent à l'excitation électrique aussi promptement et aussi vigoureusement que ceux du côté sain, avec cette différence que la douleur due au contact des éponges est très nettement perçue par la main gauche, tandis qu'elle n'est pour ainsi dire pas sentie par la main droite. C'est le résultat de l'analgésie que nous avons signalée comme un des principaux symptômes.

Ainsi, la sensibilité électrique est émoussée mais la contraction musculaire reste intacte, fait très important qui prouve l'intégrité de la fibre musculaire.

Les courants continus ne provoquent aucune réaction appréciable : avec une pile de Chardin de 12 éléments, la peau rougit, et au moment de l'interruption du courant la malade éprouve la sensation de la secousse musculaire, mais tout se passe comme à l'état normal et l'on n'observe pas la réaction de dégénérescence.

Il semble cependant qu'il y ait un léger d
musculaire au niveau des muscles de l'éminen

ticulièrement du court adducteur du pouce droit. Comparé à son congénère du côté opposé, il paraît un peu aminci, moins épais, comme s'il avait subi un certain amaigrissement; l'espace interdigital offre un petit méplat qui n'existe pas à gauche, mais somme toute, il s'agit là de nuances peu prononcées, et qu'il faut de l'attention pour découvrir.

Il n'existe aucun trouble trophique au niveau des régions anesthésiées : la peau de la main n'est pas altérée, on ne constate, ni sueurs locales, ni effacement des plis des phalanges ni modification des ongles, ni changements dans la température locale.

La santé générale est bonne. Cependant la malade est pâle et offre un certain degré d'anémie, elle est restée longtemps sans appétit et mal réglée, mais depuis quelques mois, ses fonctions digestives ont repris toute leur activité, et la menstruation est redevenue régulière.

Bien qu'impressionnable, la malade n'a jamais eu d'attaques de nerfs, ni aucun phénomène hystériforme (sensation de boule, etc.), elle est fort intelligente, très maîtresse d'elle-même et nullement habituée à s'écouter ; l'énergie est même la qualité dominante de son caractère, et elle n'aime pas à s'occuper de sa santé.

L'examen des organes des sens ne révèle aucune modification fonctionnelle appréciable. Il n'y a ni rétrécissement du champ visuel ni perte de la sensation des couleurs ; pas de troubles de l'odorat, du goût et de l'ouïe, aucune différence entre la sensibilité générale du côté droit et du côté gauche de la face, point d'anesthésie pharyngienne ni de points hystérogènes ; aucun des stigmates, en un mot, qui indiquent l'existence de l'hystérie.

Au point de vue de ses antécédents personnels, il n'y a qu'un détail à relever, indépendamment de la tendance à la chlorose qu'elle a présenté à plusieurs reprises. C'est une arthritique avérée, qui, il y a deux ans, a eu un accès de goutte parfaitement net au gros orteil du pied gauche, accompagné de gonflement, de rougeur de l'articulation et de desquammation épidermique. Cette disposition constitutionnelle est du reste héréditaire dans sa famille. Son grand-père maternel était goutteux ; sa mère a de temps en temps, aux époques cataméniales principalement, des crises de douleurs épigastriques intolérables, avec flatulence et tympanisme, qui sont évidem-

ment d'origine spinale et qui nécessitent souvent l'application de pointes de feu le long du rachis ; il s'agit là évidemment d'une névrose du plexus solaire, car ces crises durent depuis près d'une trentaine d'années sans avoir altéré la santé générale. Enfin l'oncle maternel de cette jeune fille est un neurasthénique à type spinal, fortement entaché d'hypochondrie et atteint d'une paralysie fonctionnelle sans atrophie musculaire et sans lésions évidentes de la moelle. Il y a donc chez cette jeune fille une filiation diathésique double ; l'arthritisme d'une part, le nervosisme de l'autre, c'est-à-dire, les deux facteurs les plus habituels des névroses.

En présence de ces symptômes, et malgré l'absence de phénomènes hystériques généraux et de troubles sensoriels, je portai le diagnostic de monoplégie partielle de l'avant-bras hystéro-traumatique, et j'instituai le traitement suivant : friction, deux fois par jour, avec du liniment ammoniacal camphré sur l'avant-bras, électrisation quotidienne avec les courants interrompus ; huile de foie de morue et hydrothérapie à titre de toniques généraux.

Ce traitement fut suivi rigoureusement pendant près de six semaines, au grand bénéfice de la santé générale, mais sans aucune amélioration de la paralysie locale, qui garda les mêmes caractères que le premier jour. La faiblesse musculaire était toujours aussi considérable et la malade pouvait à peine fournir une pression de 4 ou 5 kilogrammes avec sa main droite, alors que de la gauche elle atteignait 40 kilogrammes.

Les courants continus furent substitués à la faradisation et continués pendant près d'une quinzaine de jours ; ils se montrèrent aussi peu efficaces que les autres ; l'anesthésie et l'analgésie semblèrent cependant un peu diminuées. Je m'adressai alors à M. le professeur Charcot, qui voulut bien m'aider de ses conseils et confirmer mon diagnostic. Dans le but de réveiller l'image psychique des mouvements de l'avant-bras, il recommanda à la malade d'exercer une pression sur un dynamomètre quatre fois par jour, pendant quelques minutes ; et fit appliquer un aimant la nuit, perpendiculairement à l'axe du poignet. Les suites de ce traitement furent des plus favorables. Un mois après, je constatai l'état suivant :

10 *mai*. — La sensibilité tactile est absolument revenue à l'état normal, l'analgésie a disparu, ainsi que la perte de la sensibilité articulaire ; cette dernière a été [illegible] nır,

huit jours à peine après le début du traitement. Le sens musculaire est également récupéré; Mlle V... a la notion de l'effort à faire pour accomplir un mouvement voulu. Elle donne maintenant, sans effort, une pression de 30 kilogrammes au dynamomètre avec sa main droite, mais n'atteint pas encore le degré de force de la main gauche.

Un nouveau symptôme s'est produit : à la place de l'anesthésie, l'avant-bras est devenu le siège de fourmillements douloureux et de crampes assez pénibles : bien que la force soit revenue, la malade ne peut encore jouer du piano, parce que les chocs des phalanges sur le toucher de l'instrument provoquent une sensation douloureuse : celle-ci se produit même au repos. Il semble donc qu'un certain état d'hypéresthésie musculaire ait succédé à l'abolition du sens musculaire, car les téguments de l'avant-bras et de la main ne sont pas doués d'une sensibilité anormale. En résumé, le traitement moral et la reproduction fonctionnelle des mouvements ont produit le meilleur effet, et malgré l'exagération de la sensibilité, l'état actuel du membre se rapproche presque complètement de la normale.

A la fin du mois de mai, cette hypéresthésie musculaire a presque complètement disparu à son tour. Il ne reste qu'une sensibilité un peu insolite au niveau du court adducteur du pouce, lequel est douloureux à la pression : sauf ce léger malaise, la malade peut être considérée comme guérie.

J'ajouterai peu de réflexions à la description qui précède, car les faits parlent d'eux-mêmes.

Il ne paraît pas douteux que chez Mlle V..., la paralysie de la main et de l'avant-bras n'ait été la conséquence de la chute sur le poignet. De même que chez la malade de M. Charcot, qui n'est devenue monoplégique que plus de six mois après l'apparition de la tumeur du poignet, l'impotence fonctionnelle, chez Mlle V..., a mis longtemps, près de quatre ans, à se produire. Nous avons vu que c'est la règle pour les paralysies psychotraumatiques : néanmoins la durée des accidents prémonitoires (fatigue douloureuse des

doigts de la main et du poignet), a été ici beaucoup plus longue qu'on ne l'observe d'habitude.

Malgré l'absence complète de crises nerveuses et de stigmates hystériques, malgré l'intégrité des sens spéciaux, nous n'hésitons pas à dire que la monoplégie de Mlle V... ne pouvait être qu'une manifestation hystérique. En effet, elle présentait au plus haut degré tous les caractères que l'on retrouve toujours en pareil cas ; la paralysie motrice incomplète, associée à la conservation de la contractilité électrique et à la perte du sens musculaire : l'anesthésie absolue, portant sur toutes les modalités de la sensibilité articulaire. Or cette dernière variété d'anesthésie (qui peut manquer dans certaines paralysies hystériques) a une valeur considérable quand on la rencontre, car elle ne s'observe pour ainsi dire jamais en dehors de l'état névropathique. Ajoutons que la circonscription de l'anesthésie offrait ce caractère typique qui à lui seul suffisait pour faire affirmer la paralysie nerveuse, à savoir la terminaison brusque en manchette circulaire, comprenant tout un segment de membre sans tenir compte de la distribution des fibres nerveuses. Enfin, il n'est pas jusqu'aux résultats du traitement qui ne militent en faveur de l'origine purement nerveuse de cette paralysie. L'anesthésie qui pendant près d'un mois avait résisté aux révulsifs, aux frictions, à l'électrisation faradique et galvanique, disparaît en quelques jours sous l'influence du traitement par les aimants : la force musculaire qui était nulle revient graduellement par la seule évocation du mouvement lui-même, en exerçant méthodiquement des pressions sur le dynamomètre.

Ces quatre observations nous montrent donc la série graduelle des manifestations hystériques, qui précèdent, accompagnent ou suivent la monoplégie du membre supérieur sous l'influence de la provocation du traumatisme. Tantôt, c'est la grande attaque qui commence avec son cortège classique d'accidents sensitifs, sensoriels et paralytiques; la monoplégie n'est alors qu'un incident du tableau général, comme chez la malade de Lombroso. Ailleurs, le traumatisme éveille une hystérie grave, avec perte de connaissance, anesthésie diffuse, paralysie plus ou moins généralisée : la monoplégie qui se développe secondairement trouve alors le terrain tout préparé, et il suffit d'une secousse minime pour la faire éclore : c'est le cas du malade de Berbez. Dans une forme atténuée, la monoplégie est d'emblée partielle, et se montre comme la conséquence d'un traumatisme léger, mais persistant tel que la tumeur douloureuse du poignet, que portait la malade de M. Charcot, mais l'hystérie se révèle par ses stigmates habituels. Enfin, la paralysie partielle peut constituer l'unique manifestation de l'état névropathique, en dehors de tout autre symptôme; c'est ce que nous avons vu chez notre malade. Ces dernières formes de monoplégie, évidemment rares, sont de beaucoup les plus intéressantes, parce qu'elles pourraient donner lieu à des erreurs de diagnostic et être considérées comme des paralysies périphériques liées à des névrites partielles. On reconnaîtra toujours leur véritable nature en considérant que la paralysie motrice est en général beaucoup moins prononcée que l'anesthésie sensitive, ce qui est le contraire de ce qui a lieu pour les névrites : d'autre part,

que cette anesthésie se circonscrit à un segment de membre, sans suivre la distribution des nerfs de la région, et qu'elle s'accompagne d'ordinaire de la perte du sens musculaire et de la sensibilité articulaire. Enfin, la conservation absolue de la contractibilité électrique même au bout de plusieurs mois, achèvera la démonstration de la nature névropathique de ces paralysies fonctionnelles.

NOTE ADDITIONNELLE

Au moment de mettre sous presse, je viens de prendre connaissance d'un mémoire du professeur Adamkiewicz (de Cracovie), paru le 5 juin dernier dans le *Wiener Medizinische Presse*, et intitulé *Monoplegia anesthetica*. Déjà, au commencement de l'année, une observation du même genre avait été publiée par cet auteur dans un autre journal de Vienne, le *Wiener Blätter* (n° 4-5, 1887). Il me paraît intéressant de résumer ces deux faits et d'analyser l'interprétation que donne le professeur allemand, ne serait-ce que pour faire voir les lacunes, au point de vue clinique, d'une éducation médicale basée exclusivement sur la physiologie dite rationnelle.

La première de ces observations concerne une jeune fille qui, sans cause connue, est atteinte d'une impotence fonctionnelle du bras droit, sans paralysie motrice véritable, mais avec une anesthésie et une analgésie complètes.

Observation V. — Mlle C..., âgée de dix-neuf ans, est prise brusquement en septembre 1885, de douleurs vives du bras droit, qui s'accompagnent de gonflement des téguments du dos de la main et des doigts. Sur tous ces points existent des sueurs locales abondantes. Les douleurs durent trois semaines, assez intenses pour amener de l'insomnie : puis, à partir de cette date, elles vont progressivement s'atténuant et disparaissent au mois d'octobre. Vers cette époque, la malade constate sur le dos de la main droite une vésicule qui ne tarde pas à se rompre et qui dégénère en une ulcération ayant peu de tendance à guérir. Des bulles analogues se développent sur les phalanges, sans provoquer aucune douleur. A ce moment, la malade s'aperçoit que la

sensibilité est très émoussée et presque abolie dans le membre supérieur droit.

Etat actuel. Fille robuste, nullement nerveuse, n'ayant jamais fait de maladies sérieuses, ne paraissant point émotive, répondant avec calme et netteté aux questions qu'on lui pose, bien équilibrée au physique et au moral. Elle ne présente aucun signe apparent d'hystérie, pas de douleurs ovariennes ni de points d'hypéresthésie rachidienne, pas d'amblyopie, ni de rétrécissement du champ visuel, ni de cécité des couleurs, ni de troubles sensitifs de la peau ou des muqueuses. Les phénomènes morbides sont exclusivement concentrés sur le bras droit.

Celui-ci, en apparence, est normal et l'on ne constate point de douleur locale le long du trajet des nerfs ou des branches d'origine du plexus brachial : le sympathique n'est pas sensible dans son trajet cervical. Les articulations sont absolument saines, les muscles répondent bien à toutes les excitations et ne sont pas atrophiés.

Sur le dos de la main, les téguments sont encore livides, cyanosés légèrement œdématiés; les phalanges un peu plus grosses qu'à l'état normal, présentent les traces des érosions mal cicatrisées qui ont succédé à l'éruption vésiculeuse.

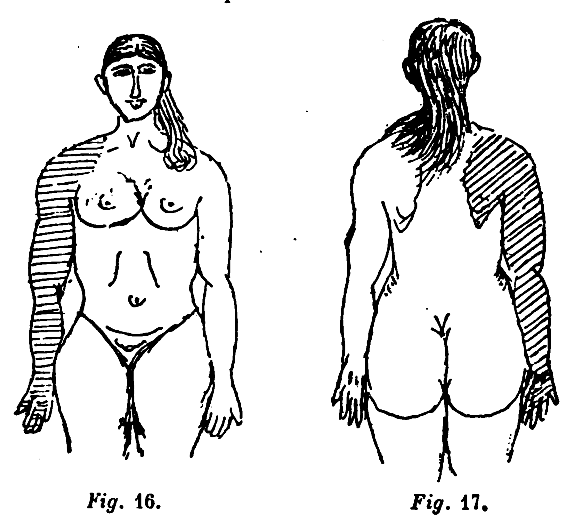


Fig. 16. *Fig.* 17.

Le symptôme prédominant est une anesthésie absolue à tous les modes de la sensibilité : contact, douleur, température, sensibilité faradique, tout est aboli : il y a une anesthésie et une analgésie complète. Cette anesthésie occupe le membre supérieur droit

dans sa totalité, y compris le moignon de l'épaule : elle s'arrête, en haut, à la clavicule et à l'acromion, en avant au sillon pectoro-deltoïdien ; en arrière, elle déborde à peine le bord spinal de l'omoplate. Dans le creux axillaire, la sensibilité n'est pas aussi complètement abolie que sur les autres points, mais elle est atteinte.

La force musculaire est très diminuée, il y a un certain degré d'impotence fonctionnelle tenant exclusivement à l'anesthésie. Quand la malade a les yeux fermés, elle est incapable de tenir un objet : les yeux ouverts, au contraire, elle peut s'occuper presque aussi bien qu'en santé, prendre des objets d'un certain poids, écrire, etc.

Il est évident que le cas de cette jeune fille est presque identique, à la circonscription près, à celui de Mlle V..., que nous venons de relater. Nous retrouvons au début une période de douleurs fonctionnelles, puis des troubles de sensibilité très prononcés, coïncidant avec une anesthésie du sens musculaire. La seule différence tient à la présence de quelques troubles vaso-moteurs et d'une éruption localisée au dos de la main. Néanmoins, M. Adamkiewicz n'admet pas l'hystérie chez sa malade ; il repousse ce diagnostic, parce que les signes généraux de l'hystérie manquent, et à cause des troubles trophiques ou vasomoteurs dont le membre anesthésié était le siège. Nous savons aujourd'hui que ces troubles de nutrition sont parfaitement compatibles avec la névropathie pure, et n'exigent pas, pour se produire, la présence d'une lésion matérielle démontrable.

Du reste, après avoir repoussé l'idée d'une monoplégie hystérique, force est bien à l'auteur d'avouer que les autres hypothèses ne s'adaptent pas mieux aux particularités cliniques de ce cas. Ainsi, il ne peut être question d'une névrite radiculaire du plexus brachial, car il y aurait de l'atrophie musculaire, une paralysie motrice complète, une anesthésie moindre, des réactions électriques différentes. A plus forte raison, ne peut-on s'arrêter à l'idée d'une lésion du cerveau ou de la moelle. Par exclusion, il suppose une altération primitive, isolée, des racines sensitives et trophiques des nerfs du membre supérieur et porte le diagnostic suivant : affection rhumatismale probable des enveloppes de la moelle (pachyméningite cervico-brachiale ?) portant sur les racines postérieures des nerfs et ayant déterminé à leur niveau des exsudats inflammatoires. Il serait facile, au nom de la clinique et de l'anato-

mie pathologique, de prouver l'inanité d'une pareille hypothèse, puisque précisément la conséquence de la pachyméningite est d'amener une atrophie musculaire bilatérale avec réaction de dégénérescençe et fort peu de troubles sensitifs.

D'ailleurs, l'évolution même de la monoplégie chez la malade d'Adamkiewicz, démontre la nature purement fonctionnelle de l'affection. Le traitement a été ainsi institué : à l'intérieur, de l'iodure de potassium, puis des applications de courants continus faibles (7 éléments), le cathode étant placé au niveau des apophyses articulaires des vertèbres cervicales et l'anode le long des branches du plexus brachial. Au bout de quelques séances la sensibilité avait commencé à reparaître, et en moins de trois mois, la guérison était complète, sans aucune modification appréciable des muscles ni des téguments. La guérison a persisté depuis.

La seconde observation est encore plus instructive. En voici le résumé :

Observation VI. — Un homme de quarante et un ans, d'une bonne santé habituelle, se réveille un matin, au commencement de l'année 1884, avec une sensation de chaleur insolite dans la jambe droite. Le début de ce trouble fonctionnel est absolument subit, non précédé de prodromes fébriles, ni de phénomènes douloureux. Presque en même temps, le malade s'aperçoit que sa jambe est insensible aux excitations douloureuses et complètement analgésique : la sensibilité thermique pour le froid est également perdue. Cette analgésie se limite exactement à tout le membre inférieur droit, elle se termine brusquement à la racine de la cuisse, suivant une ligne qui passe en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure à la symphyse pubienne et qui, en arrière, longe la crête iliaque pour tomber perpendiculairement sur le rachis au-dessus du sacrum. Les fonctions motrices sont intactes du côté analgésique, ainsi que les réflexes tendineux.

Quelques semaines plus tard, le membre inférieur gauche se prend à son tour, brusquement et sans cause appréciable : il devient le siège de sensations anormales de froid, mais la sensibilité tactile générale et la motilité n'ont subi aucune atteinte, si bien que le malade ne s'en préoccupe pas et continue de vaquer à ses affaires.

Au bout de deux ans, l'affection entre dans une nouvelle phase survenue non moins brusquement que les précédentes. La jambe gauche est le siège de vives douleurs qui rendent la marche impossible et forcent même le malade à garder le lit. L'impo-

tence fonctionnelle est complète, la vessie devient paresseuse. Les muscles de la cuisse subissent un certain degré d'atrophie, et les réflexes tendineux s'exagèrent. Cette période d'aggravation dure environ trois mois : puis rapidement se produit une convalescence complète, et tous les accidents se bornent comme par le passé, à des troubles de la sensibilité limités à un seul membre, sans aucun désordre de la motilité.

Il est impossible, à la lecture de cette observation, de ne pas être frappé de l'analogie singulière qui la rapproche des faits que nous avons publiés. La brusquerie du début, la limitation de l'anesthésie à un seul membre, sa circonscription très spéciale, l'absence de troubles moteurs, la conservation des réflexes et des réactions électriques, tout milite en faveur de désordres nerveux purement fonctionnels, vraisemblablement d'origine psychique ; il n'est pas jusqu'à ce brusque transfert des accidents de membre droit au membre gauche, qui ne soit encore une preuve confirmative de la nature de la maladie. Nous savons qu'un certain degré d'atrophie musculaire n'est pas incompatible avec la paralysie hystérique, et d'ailleurs cette lésion paraît avoir été transitoire chez le malade d'Adamkiewicz, puisqu'il ne dit pas ce qu'elle est devenue et qu'il enregistre purement et simplement sa guérison. Or, l'hypothèse de la paralysie et de l'analgésie hystériques, qui dans ce cas nous semble évidente, n'est même pas soulevée par l'auteur allemand, et voici la singulière argumentation sur laquelle il base son diagnostic.

« Quelle peut être, dit-il, la lésion des centres nerveux capable de donner lieu à une analgésie limitée à un membre, tandis que, momentanément, son congénère est atteint dans sa motilité ? » Evidemment les nerfs périphériques doivent être mis hors de cause. Leur lésion occasionnerait bien une monoplégie partielle, mais intéressant simultanément la sensibilité et la motilité, dans un territoire anatomique déterminé. Il ne peut être question non plus d'une altération d'un hémisphère cérébral, qui se traduirait nécessairement par une hémiplégie.

Reste la moelle. S'agit-il d'un des faits d'hémiparaplégie décrits par Brown-Séquard ? L'auteur discute gravement cette hypothèse, en faveur de laquelle militeraient les raisons suivantes : Limitation de l'anesthésie à la jambe droite, parésie motrice à gauche, puis atrophie musculaire et troubles vési-

caux. Il rejette cependant ce diagnostic sur ce motif assurément plausible, qu'une hémilésion de la moelle aurait déterminé ces symptômes simultanément et non successivement, que la parésie motrice eût été le symptôme prédominant et enfin que la jambe gauche paralysée eût présenté de l'hypéresthésie, ce qui n'était pas. Il semble malaisé, en effet, d'admettre qu'une altération de la moelle ainsi localisée puisse attendre deux ans avant de se manifester par l'un de ses symptômes capitaux, à savoir la paralysie motrice.

Par exclusion, et faute d'explication meilleure, l'auteur admet qu'il a existé chez son malade une altération spinale ayant pendant deux ans intéressé les racines postérieures sensitives du côté droit dans toute la région correspondante aux origines des plexus lombaire, ischiatique et honteux interne. Puis cette altération aurait fini par gagner secondairement les cornes antérieures de la moelle lombaire gauche ou les racines spinales antérieures correspondantes, et déterminé l'atrophie des muscles de la cuisse. Il ne se demande pas si la distribution segmentaire de l'anesthésie est bien en rapport avec l'origine réelle des racines nerveuses sensitives sus-dénommées ; il trouve fort naturel que cette propagation d'une lésion des racines postérieures droites se soit faite vers les cornes antérieures gauches, sans avoir touché les cordons postérieurs ni les cordons latéraux ; il ne cherche pas à s'expliquer comment, dans cette hypothèse, la malade n'ait présenté ni phénomènes ataxiques, ni contracture, ni exagération des réflexes tendineux. Il ne s'étonne pas, enfin, de voir guérir en trois mois de pareils troubles moteurs sans laisser de trace, alors que les désordres sensitifs, cause première du mal, persistent sans modification.

Au nom de la physiologie doctrinale, il édifie de toutes pièces une maladie nouvelle, caractérisée par une lésion primitive des racines postérieures spinales et des ganglions nerveux intervertébraux. Cette maladie, dont le substratum anatomique est encore à découvrir, il en décrit avec précision les symptômes, la marche, les terminaisons, le pronostic et le traitement. C'est pour lui une entité démontrée.

Nous reconnaissons, sans humiliation aucune, que nous sommes moins prompts, en France, à tirer des conclusions cliniques.

H. Rendu.

PATHOLOGIE MENTALE

RECHERCHES SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE CHEZ L'HOMME;

Par le Dr Jules CHRISTIAN,
Médecin de la Maison nationale de Charenton.

Dans l'article *Paralysie générale* que mon collègue Ritti et moi nous avons décrit pour le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, nous avons pu dire : « L'étiologie de la paralysie générale, malgré « les documents accumulés, est encore le chapitre le « plus obscur de son histoire », et cette proposition n'a pas soulevé de contradiction.

Je reprends cette question aujourd'hui, pensant qu'il ne m'est pas permis de laisser sans emploi les nombreux matériaux qui se sont offerts à moi dans les services dont j'ai été successivement chargé, à Maréville d'abord, et, depuis 1879, à Charenton.

Mes recherches portent : 1° sur 84 cas observés à Maréville de 1876 à 1879; 2° sur 256 cas traités à la maison nationale de Charenton, du 1er janvier 1879 au 15 mars 1887 ; au total 340 paralytiques généraux, que tous j'ai personnellement connus et soignés.

Le hasard ayant fait que je n'aie jamais été placé qu'à la tête de services d'hommes, j'ai cru devoir laisser complètement de côté tout ce qui a trait à la

paralysie générale chez la femme, me bornant strictement à relater ce que j'ai vu et observé moi-même. Ce seront des documents à ajouter à ceux que la science possède déjà.

Ce qui rend cette étude singulièrement complexe et difficile, c'est que, dans la paralysie générale comme dans toute autre maladie mentale, on se trouve en présence, non pas d'une cause unique, mais d'un ensemble de causes, parmi lesquelles il est malaisé de discerner celle qui a été réellement efficiente. Cela explique en partie comment les opinions les plus diverses et même les plus exclusives ont pu être défendues : elles ont toutes pour elles une part de vérité.

La première question qui se pose est celle-ci : la paralysie générale n'étant connue et décrite que depuis 1822, en faut-il conclure qu'elle n'existait pas auparavant? On comprend toute l'importance de ce problème. Si, en effet, il était démontré que la paralysie générale n'est apparue qu'au commencement du siècle, il serait légitime de conclure qu'elle est due à des causes qui n'existaient pas auparavant, et il y aurait lieu de rechercher comment et pourquoi ces causes ont surgi : nous aurions chance de trouver une étiologie nette et précise de la maladie.

Mais tout au contraire : les causes que nous voyons invoquer sont de celles qui ont agi de toute éternité; il est donc infiniment probable que la paralysie générale elle-même a toujours existé. C'est mon entière conviction. Il est arrivé à la paralysie générale ce qui s'est produit pour d'autres maladies (la fièvre typhoïde

par exemple), qui, elles aussi, ont de tout temps affligé l'espèce humaine, et pourtant n'ont été dégagées à l'état d'entité morbide qu'à une époque rapprochée de nous. Encore, pour la paralysie générale, quelques-uns de ses symptômes ont été vus et signalés (Haslam), et peut-être, si l'on fouillait les écrits que les anciens nous ont laissés sur ce qu'ils appelaient *phrénitis, transport au cerveau*, *méningite aiguë*, etc., y trouverait-on, non pas une description complète de la maladie, mais du moins celle de l'accès d'agitation maniaque qui en marque le début. Seulement, qu'arrivait-il quand le médecin rencontrait un cas de ce genre? Le patient était mis à la diète, saigné à blanc ; en quelques jours il avait disparu. La paralysie générale ne pouvait conquérir sa place légitime que du jour où les aliénés, réunis et traités dans des services hospitaliers, furent considérés comme des malades semblables aux autres.

Fréquence. — Il est une autre question, d'un intérêt plus immédiat et plus pratique, c'est de savoir si, depuis qu'elle est connue, la maladie a augmenté de fréquence. Calmeil le croit. Après avoir constaté d'abord que la paralysie générale entrait pour $\frac{1}{15}$ dans le chiffre des hommes reçus dans les asiles d'aliénés, il avait fini par trouver une proportion de $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{3}$.

A Charenton, le nombre des paralytiques généraux admis a été sensiblement le même en 1886 qu'en 1879, et la proportionnalité sur le nombre total des admissions n'a pas varié non plus. En effet, en 1879, sur 122 hommes admis, il y avait 37 paralytiques ; en 1886, sur 119 hommes admis, il y avait 35 paralytiques. Dans l'intervalle se sont produites les fluctua-

tions inévitables, mais dans des limites très restreintes[1]. A ne juger que par ces chiffres, il semble que rien n'autorise à admettre que la maladie se répande de plus en plus, car le milieu dans lequel se recrute la population de Charenton n'a pas changé dans l'intervalle. Planès est arrivé à un résultat identique dans ses *Recherches sur le mouvement de l'aliénation mentale à Paris* (1872-85). Le chiffre de 1885 (172) est presque le même que celui de 1873 (174). (*Ann. méd. psychol.*, mars 1887, p. 245.)

On peut objecter à ces chiffres qu'ils ne portent que sur une période d'une dizaine d'années. Dans un temps plus long, les résultats seraient peut-être différents. Je n'en serais pas étonné, car j'incline à croire moi-même que la paralysie générale devient réellement plus fréquente. J'en déduirai les raisons plus loin.

Age. — Bayle disait : « Elle (la *paralysie générale*, « ou comme il l'appelait, la *méningite chronique*) ne « survient pas dans la période la plus orageuse de la « vie, celle où l'homme, entraîné par la violence de « ses passions, se livre souvent à toutes sortes d'excès, « tandis qu'elle se manifeste toujours à l'époque où « il jouit de la plénitude de ses facultés et de ses fonc- « tions ; où, poussé par le désir d'établir sa famille, « d'acquérir de la fortune, des honneurs et des places,

[1]
Années	1880 :	hommes admis,	123;	paralytiques généraux;	36
—	1881	—	120	—	43
—	1882	—	101	—	25
—	1883	—	97	—	27
—	1884	—	112	—	36
—	1885	—	98	—	25

« il est essentiellement dominé par l'ambition, et « exposé par conséquent, à tous les chagrins qui suc« cèdent à des espérances bien souvent trompées, et « souvent aussi à des malheurs de tout genre. » (Bayle, *Méningite chronique*, p. 404.)

Cette opinion de Bayle a été confirmée depuis, par tous les observateurs ; il reste établi que la paralysie générale est une maladie de l'âge mûr; elle frappe de 30 à 50 ans. Toutes les statistiques sont d'accord sur ce point ; les cas de paralysie générale précoce (avant 25 ans), ou tardive (après 60 ans), restent absolument exceptionnels, et ne doivent être admis qu'après une critique sévère. Mes 340 observations donnent, au point de vue de l'âge, les résultats suivants :

	CHARENTON	MARÉVILLE	TOTAL
25 à 30 ans.	4	2	6
30 à 40 —	97	19	116
40 à 50 —	127	45	172
50 à 60 —	28	18	46
	256	84	340

L'âge ayant été pris au moment de l'entrée, il est évident que beaucoup de malades, classés dans la période de cinquante à soixante ans, devraient réellement figurer dans celle de quarante à cinquante. Il est vrai que quelques-uns aussi de ceux comptés dans la période de trente à quarante devraient être reportés dans celle de vingt-cinq à trente. De toutes façons cependant, on voit que 288 malades sur 340, soit près de 85 p. 100, ont été atteints à l'âge que j'indique, de trente à cinquante ans : c'est là un point qui paraît acquis.

Etat civil. — Sur mes 340 paralytiques généraux,

212 étaient mariés;
107 — célibataires;
17 — veufs;
Chez 4 l'état civil est resté inconnu.

La maladie frapperait donc de préférence les hommes mariés, ce qui vient à l'encontre de l'opinion généralement reçue sur la fâcheuse influence du célibat. Encore parmi mes célibataires, y en avait-il un très grand nombre qui auraient mérité de figurer parmi les gens mariés, car depuis de longues années ils vivaient maritalement avec la même compagne. Les uns ne s'étaient pas mariés légalement, — c'étaient les militaires, — parce qu'ils n'avaient pu réunir la dot réglementaire : ils attendaient l'heure de la retraite pour régulariser une situation déjà ancienne. D'autres s'étaient heurtés à des difficultés d'un autre ordre, les préjugés de leurs familles, l'opposition formelle de leurs ascendants, etc. Leur existence n'en était pas moins celle des gens dont l'union a été consacrée par la loi.

Je n'exagère pas en disant que la moitié au moins des 107 célibataires se trouvait dans ces conditions. Dès lors la proportion des gens mariés devient encore plus forte, et nous serons obligés d'admettre que « la paralysie générale frappe de préférence les hommes mariés ». A vrai dire, ce résultat n'est pas pour étonner; car, si les célibataires mènent en général, — ce qui resterait à prouver, — une vie moins régulière que les gens mariés, ceux-ci, par contre, voient le mariage leur amener un cortège de soucis, de préoccupations, d'inquiétudes, qui, tout compte fait, com-

pense et au delà les inconvénients problématiques du célibat.

Professions. — Il n'est aucune profession, depuis la plus humble jusqu'à la plus élevée, dans laquelle on ne rencontre des exemples de paralysie générale. Ainsi, à Maréville, sur 84 malades, je compte 21 ouvriers, journaliers, la plupart illettrés; 16 autres, appartenant aux professions manuelles (maçon, boucher, serrurier, potier, sellier, tailleur, coiffeur, etc.); 3 domestiques; — en d'autres termes, près de la moitié des cas se sont rencontrés chez des individus dont la culture intellectuelle avait été nulle ou à peu près.

Il va de soi que Charenton ne pouvait fournir des résultats analogues. Maréville est un asile départemental recevant les aliénés indigents de plusieurs départements; Charenton ne s'ouvre qu'à des pensionnaires appartenant la plupart aux classes aisées. Dans mes deux relevés, cependant, il est un fait qui doit appeler l'attention : c'est que la population agricole ne figure que dans une proportion infime.

Par contre, je signalerai à Charenton un nombre considérable de commerçants, employés de commerce, comptables; il y en a 68, soit environ 27 p. 100. A Maréville, je n'en ai trouvé que 7, à peine 8 p. 100. De même aussi Charenton fournit un contingent notable de professions libérales (médecins, avocats, professeurs, artistes, ingénieurs, fonctionnaires), tandis que cette catégorie de malades est à peine représentée à Maréville. Je réunis tout ce qui est relatif aux professions dans le tableau suivant :

	CHARENTON	MARÉVILLE	TOTAL
Militaires : Officiers....	56	8	64
Sous-officiers.	7	5	12
Soldats...................... ..	6	1	7
Chef armurier.............. ...	2	»	2
Chef de musique.	3	»	3
Garde forestier[1]............. ..	»	1	1
Garde de police................	»	1	1
Commerçants..................	36	3	39 } 75
Employés de commerce................	32	4	36 }
Médecins.........	4	1	5
Pharmacien, chimiste, dentiste, vétérinaire...	5	»	5
Avocat, professeur, homme de lettres, bibliothécaire	9	»	9
Notaire, greffier, percepteur, receveur d'enregistrement, employé de ministère, etc..	17	1	18
Ingénieur civil, architecte, géomètre........	3	1	4
Garde général des forêts......	»	1	1
Employés (chemins de fer, postes, télégraphes).	6	5	11
Artistes (sculpteur, joaillier, dessinateur, peintre sur porcelaine, graveur, artiste dramatique)..................	9	»	9
Rentiers, propriétaires...	4	4	8
Cultivateurs.	3	3	6
Entrepreneurs, loueurs de voitures, etc	13	»	13
Marchand de vin, cafetier, aubergiste	5	3	8
Marchand de volailles, de porcs, de chevaux, de beurre	4	»	4
Cuisinier, pâtissier, boulanger............	5	1	6
Métiers (maçon, bourrelier, serrurier, tailleur, etc.)..	20	16	36
Sommelier, valet de chambre, garçon de café, cocher.......	5	3	8
Ouvriers[2], journaliers, porteur aux halles	2	21	23
Profession inconnue......	»	1	1
Totaux	256	84	340

[1] Je range parmi les militaires le garde forestier et le garde de police, parce que tous deux étaient d'anciens soldats, et avaient pris ces fonctions aussitôt après leur libération.

[2] A signaler : 4 ouvriers habituellement exposés à un foyer ardent, savoir : 1 bitumeur, 2 ouvriers aux forges, 1 chauffeur. La même influence peut avoir agi sur les cuisiniers, pâtissiers, boulangers.

Ce tableau ne peut avoir pour signification que de montrer, contrairement à une opinion généralement reçue, que la paralysie générale n'est pas exclusive aux hommes des classes élevées, instruites, et même qu'elle ne les frappe pas de préférence. Du haut en bas de l'échelle sociale, elle fait des victimes dans toutes les conditions : aucune n'est épargnée. Il en est cependant qui ont été plus spécialement incriminées et notamment la profession militaire.

État militaire. — Calmeil, en 1826, avait signalé l'influence néfaste de la carrière des armes, qu'il expliquait par les fatigues de la guerre, les excès, les commotions morales inspirées par le combat. Bayle, à la même époque, notait combien les militaires deviennent fréquemment paralytiques généraux, mais il accusait surtout le passage d'une vie active à une existence sédentaire.

Pour s'expliquer l'opinion de Bayle et de Calmeil, il importe de se reporter à l'époque où ils écrivaient. C'était après les longues guerres de la Révolution et de l'Empire, au lendemain des événements de 1815, qui avaient si profondément bouleversé la vie d'un grand nombre de militaires. Aux fatigues et aux blessures de vingt ans de guerre incessante, s'ajoutait maintenant le chagrin de la défaite, et, pour beaucoup, celui d'être rayés des contrôles de l'armée, réduits à une existence précaire, et obligés de se créer des ressources nouvelles pour vivre.

Toutes ces causes ne sauraient être invoquées actuellement; celle notamment à laquelle Bayle faisait jouer un rôle important, n'intervient pas, puisque nos

militaires sont frappés, non pas au moment de leur retraite, mais en pleine période d'activité. Remarquons aussi que, si la paralysie générale est fréquente dans l'armée, elle l'est moins que ne le feraient croire les relevés de Charenton; car Charenton reçoit le plus grand nombre des militaires, et surtout des officiers, aliénés, non pas seulement d'une circonscription déterminée, mais de toute l'armée.

Les soldats de tout grade figurent dans mes relevés au nombre de 90 : 74 à Charenton, 16 à Maréville. Sur ce total, les officiers forment la grande majorité : 69 sur 90 : il semble donc que la maladie frappe davantage les officiers. Mais il convient de se rappeler que, dans notre organisation actuelle, les sous-officiers et les soldats, âgés de trente à cinquante ans, sont devenus extrêmement rares; ils étaient nombreux autrefois, et on en trouve un grand nombre dans les observations de Bayle et de Calmeil.

Mon expérience personnelle me fait croire, en dehors de toute statistique précise, — que, pendant les années qui ont suivi les événements de 1870-71, le nombre des militaires atteints de paralysie générale était devenu plus considérable; les événements de la guerre avaient dû manifestement jouer un rôle important, au moins comme cause occasionnelle. Il y avait d'ailleurs, — toute proportion gardée, — quelque analogie avec la situation de 1815.

Hérédité. — On tend généralement à croire, depuis les travaux de Lunier et Doutrebente, que la paralysie générale n'est pas héréditaire à la façon de la folie proprement dite, — que son hérédité est une hérédité

de tendances congestives ou cérébrales. Ball et Régis ont encore renchéri sur cette opinon : dans une statistique de 100 familles de paralytiques généraux, comprenant 1,565 membres, ils n'ont trouvé que 5 aliénés. (Régis, *Manuel*, p. 337.)

Je suis arrivé à des résultats différents. Dans les cas où j'ai pu être renseigné (environ 200), j'ai trouvé 15 fois le père ou la mère aliénés; 6 fois le grand-père ou la grand'mère; 11 malades avaient un frère ou une sœur atteints de folie, et, parmi ces 11, il en était 2 dont le frère était paralytique général; 9 avaient un oncle ou une tante aliénés. Dans un cas j'ai noté l'hérédité en retour: une nièce était folle; 2 malades avaient leur mère épileptique; chez 3 autres, le frère ou la sœur étaient atteints d'épilepsie; enfin 14 fois j'ai noté l'hérédité congestive (père alcoolique 5; — mère somnambule 2; — père ou mère hémiplégiques 6, etc.).

Si incomplets que soient ces chiffres, — et l'on sait combien les questions d'hérédité sont difficiles à élucider, — ils me font supposer cependant que la paralysie générale ne diffère pas essentiellement des autres maladies mentales, et qu'il n'y a pas lieu d'imaginer pour elle une hérédité spéciale.

Excès alcooliques. — J'ai vu un si grand nombre de paralytiques généraux qui avaient été toute leur vie d'une sobriété exemplaire, — et, d'un autre côté, j'ai connu un si grand nombre d'alcooliques, qui, après 10, 15 (et davantage) attaques de delirium tremens, n'étaient pas devenus paralytiques, — que je suis resté très sceptique à l'endroit de cette cause, que

beaucoup d'auteurs, et des plus recommandables, n'hésitent pas à considérer comme prépondérante.

N'est-on pas frappé d'ailleurs de ce fait que, parmi mes 340 malades, il n'y a que 8 marchands de vin, aubergistes, et 12 seulement à profession entraînant presque fatalement à l'intempérance (sommelier, cocher de fiacre, marchand de chevaux, etc.)[1] ?

Je demeure convaincu que l'alcoolisme n'est que très rarement la cause de la paralysie générale. Il est vrai que presque tous les paralytiques, quand débute l'accès maniaque qui va nécessiter leur placement, font des excès de boisson; mais c'est alors un fait purement accidentel, symptomatique de la maladie. Il est vrai aussi, et Magnan a insisté sur ce point, que certains alcooliques finissent par présenter les symptômes de la paralysie générale : ne serait-ce pas la *pseudo-paralysie générale alcoolique*, dont la marche diffère notablement de celle de la paralysie générale classique ?

Excès vénériens. — Ce que je viens de dire des excès alcooliques, je le dirai également des *excès sexuels*, dont certains auteurs ont voulu faire le facteur étiologique principal, sinon unique. Mais là encore on confond les excès que le malade commet au début de l'accès, avec ceux qui auraient pu réellement provoquer la maladie. En écoutant les confidences des familles, j'ai appris bien souvent que ces paralytiques, qui, depuis quelques semaines, étaient en proie à une excitation génésique, portée au plus haut degré,

[1] A noter aussi la rareté de la maladie en Suède et en Irlande, où cependant l'alcoolisme est très répandu.

se montraient en réalité, depuis des années, d'une frigidité tout à fait anormale. Et enfin, si l'on y regarde de près, on voit que l'excitation génésique du début est presque toujours tout intellectuelle : c'est un roman qui se passe dans la tête, qui se fait jour dans les écrits, mais qui ne pourrait devenir que difficilement un roman en action. Il n'y a pas de satyriasis; et ce n'est que très exceptionnellement que l'on observe de l'onanisme, ou des pertes séminales nocturnes; ce qui prouve bien que l'excitation ne porte pas sur les organes génitaux eux-mêmes.

On objectera évidemment à ma manière de voir qu'il y a des paralytiques généraux qui ont fait, à n'en pas douter, des excès *in Baccho* et *in Venere;* je ne le nie pas, et moi-même j'en ai connu un assez grand nombre. Mais je crois que ces excès n'ont jamais pu intervenir que comme cause accessoire, et que leur rôle a été singulièrement exagéré.

L'abus du tabac, et surtout du tabac à fumer, ne pouvait manquer d'être incriminé. Mais, si le tabac exerce une influence réelle, comment expliquer que la maladie soit presque inconnue dans des pays où l'on fume continuellement (Espagne, Turquie), et qu'elle ne soit pas plus répandue dans d'autres contrées où la consommation du tabac atteint ses dernières limites (Hollande, Allemagne)?

Syphilis. — Beaucoup de paralytiques généraux ont eu, à une époque antérieure de leur existence, la syphilis. De là à attribuer à la syphilis la paralysie générale elle-même, il n'y avait qu'un pas, qui a été franchi d'autant plus facilement, que cette hypothèse

permettait d'espérer la guérison par un traitement approprié, au moins dans un certain nombre de cas. Ajoutons que la syphilis, quand elle atteint le cerveau, y détermine des accidents qui peuvent jusqu'à un certain point simuler la paralysie générale (*pseudo-paralysie générale syphilitique*).

En réalité, je ne puis croire que la paralysie générale soit jamais de nature syphilitique. La syphilis est une cause d'affaiblissement général; elle amène avec elle un cortège de chagrins, d'inquiétudes, de préoccupations de toutes sortes; et à ce titre, elle ne peut manquer d'exercer une influence fâcheuse. Lorsqu'elle se traduit par une lésion cérébrale, on peut considérer qu'elle agit à la façon d'un traumatisme, en troublant profondément le fonctionnement du cerveau; mais la méningo-encéphalite de la paralysie générale n'est pas une altération de nature syphilitique.

La syphilis du cerveau, se traduisant par la gomme, est toujours localisée en un point, d'où elle gagne de proche en proche, en profondeur plus encore qu'en surface. De telle sorte qu'une gomme, qui débute par le crâne, envahit rapidement les méninges, puis le tissu cérébral; ou bien, si elle a pris naissance dans l'encéphale même, elle se propage aux enveloppes, puis aux os. Jamais rien de pareil ne se voit dans la paralysie générale, dont les lésions anatomiques ont toujours, et dans tous les cas, la même étendue et le même siège.

Une gomme cérébrale, quelque graves accidents qu'elle ait déterminés, guérit par le traitement spécifique: jamais, dans aucune circonstance, si énergique et si bien conduit qu'ait été le traitement,

jamais je n'ai vu la paralysie générale enrayée dans sa marche.

Il y a mieux : quand, en même temps que les symptômes de la paralysie générale, existaient chez le malade des altérations de nature non douteuse (ulcérations, plaques muqueuses, éruptions cutanées), j'ai toujours constaté que les spécifiques font disparaître ces accidents réellement vénériens, mais restent sans influence aucune sur la maladie principale.

C'est donc chez moi une conviction absolue, que, si la paralysie générale atteint souvent d'anciens vérolés, — elle n'est jamais elle-même de nature syphilitique; et je n'ai rien à changer aux conclusions par lesquelles je terminais un travail lu en 1880 à la Société de médecine de Paris (*Bull. de la Soc. de méd. de Paris*, 1880).

Vingt-trois de mes malades avaient été antérieurement infectés; chez aucun le traitement antisyphilitique n'a produit la moindre amélioration Quelquefois même j'ai dû me demander. s'il n'avait pas été nuisible. Enfin j'ai fait l'autopsie de paralytiques, qui avaient eu autrefois la syphilis : je n'ai jamais trouvé que les lésions classiques de la paralysie générale.

Traumatismes du crâne. — Je les ai notés trente-huit fois. Chez 7 malades, le traumatisme avait eu lieu dans l'enfance, et il était resté une cicatrice ou une déformation caractéristiques. Tous les autres avaient été frappés dans l'âge adulte, et de la façon la plus variée (chute d'un lieu élevé, chute de cheval, coup à la tête par éclat d'obus, coup de sabre, etc.).

Si l'influence des traumatismes du crâne n'est pas douteuse, il est permis de se demander si les blessures graves des autres organes doivent être regardées comme indifférentes. Dans un travail récent, publié dans les *Archives de physiologie*, 1886, n° 8, p. 392, M. Strauss a relaté quelques faits de tabes survenu après un traumatisme grave (fracture du tibia, fracture de la rotule, arthrite traumatique du coude). Je connais des faits similaires pour la paralysie générale : chez un malade, il y avait eu, deux ans auparavant, fracture du fémur; — chez un autre, chute de voiture, fracture compliquée de la jambe gauche, qui n'a guéri qu'après des mois de traitement, et après que plusieurs fois l'amputation avait paru indispensable; — un troisième avait été criblé de blessures à Gravelotte (sans plaie à la tête), etc. Je pense, comme M. Strauss, que, sans exagérer l'importance de ces faits, il convient d'en tenir compte et de les noter.

Insolation. — C'est la cause, presque toujours invoquée, chez ceux, principalement les militaires et les marins, qui ont été dans les pays chauds. A cette influence, qui ne paraît pas douteuse, on peut comparer, dans une certaine mesure, celle exercée par les professions qui exposent à un foyer ardent (cuisinier, pâtissier, boulanger, chauffeur); 10 malades appartiennent à cette catégorie. La fâcheuse influence de ces professions avait déjà été signalée par Calmeil.

Si l'action de la chaleur ne semble pas discutable, il en est peut-être de même du *froid*. Un de mes paralytiques, contrôleur des contributions, s'étant égaré pendant la nuit dans une tourmente de neige, ne

retrouva son chemin qu'au matin. Il rentra chez lui transi de froid, et, à partir de cette époque, il éprouva de violentes douleurs dans les membres. Deux ans après, ces douleurs cessèrent, et il commença à délirer.

Maladies antérieures. — Une influence étiologique qu'il n'est pas permis de négliger, c'est celle des maladies antérieures. Chez beaucoup de paralytiques, il y a eu, soit dans l'enfance ou à la puberté, ou même à l'âge adulte, des incidents pathologiques graves, tels que méningite, convulsions, fièvre typhoïde, typhus, choléra, fièvres intermittentes rebelles ou même pernicieuses : il ne me paraît pas douteux que ces causes aient dû exercer une influence prédisposante à la paralysie générale, même lorsque celle-ci n'a éclaté que longtemps après; soit que, de leur fait, ait persisté un état de faiblesse générale, soit au contraire qu'elles aient laissé une altération permanente, une *épine*, dans l'organe cérébral. Des maladies graves ont été signalées dans les antécédents d'un grand nombre de mes malades, et j'ai la conviction que les chiffres que j'ai recueillis sont de beaucoup au-dessous de la réalité.

Mais il faut se demander aussi si les maladies dont je viens de parler, ou d'autres du même genre, peuvent déterminer directement la paralysie générale. On sait qu'à la suite de certaines affections aiguës, telles que la variole, la diphthérie, la fièvre typhoïde, il se produit souvent des accidents paralytiques, principalement dans les membres inférieurs, le voile du palais, etc. Ces paralysies *généralisées*, décrites pour la

première fois par Gubler, n'ont absolument rien de commun avec la paralysie générale ; elles sont d'une tout autre nature et susceptibles de guérir dans le plus grand nombre de cas. Cette distinction bien établie, il ne me paraît pas impossible cependant que la paralysie générale survienne peu de temps après une maladie fébrile grave, et dans ce cas il peut bien y avoir une relation de cause à effet. En voici deux exemples :

Un voyageur de commerce, quarante-trois ans, entre en avril 1886. Ce malade, qui a toujours été sobre et rangé, a perdu sa femme il y a quelques années, ce qui lui a causé un profond chagrin. Il y a quinze mois, c'est-à-dire au commencement de 1885, il se trouvait en Russie, où l'appelaient ses affaires, quand il fut atteint d'une maladie fébrile extrêmement grave (fièvre typhoïde ?), qui le tint au lit pendant plusieurs semaines. A partir de cette époque on s'aperçut qu'il avait des *faiblesses* fréquentes, qu'il devenait subitement *pâle* et *froid*, que sa mémoire avait diminué et qu'il ne comprenait plus bien ce qu'on lui disait. Il est mort à la fin de 1886, de convulsions épileptiformes.

Le second cas se rapporte à un négociant grec, marié, père de plusieurs enfants, âgé de quarante-huit ans, au moment de son admission, octobre 1880. Jusqu'au commencement de cette année, il avait parfaitement géré ses affaires, menait une vie très régulière, et paraissait jouir d'une excellente santé. A cette époque, il fut atteint d'une affection fébrile très grave (?) contre laquelle on lui fit prendre de très fortes doses de quinine. Il eut de la peine à se remettre ; la con-

valescence fut interminable, et on lui conseilla de faire un voyage en France pour achever la guérison; sur le bateau même éclatèrent les premiers symptômes de délire, et, à peine arrivé en France, le malade dut être placé à Charenton. Il est mort dans le courant de 1882.

D'autres affections, qu'on s'attendrait à rencontrer fréquemment dans les antécédents des paralytiques généraux, ne paraissent au contraire exercer qu'une influence très modérée : telle l'*épilepsie*. Je n'ai connu que deux épileptiques qui soient devenus paralytiques généraux :

L'un, âgé de trente-trois ans, employé de commerce, épileptique depuis son enfance (son père était également épileptique). Il s'était cependant marié, perdit bientôt sa femme, ce qui lui causa un profond chagrin. Entré en mars 1881, il mourut dans le marasme en août 1884, et, chose bien extraordinaire, pendant les trois ans qu'il passa dans mon service, il n'eut jamais d'attaque épileptiforme.

Le second, âgé de quarante-deux ans au moment de son admission, janvier 1887, avait depuis l'enfance, et à propos de la moindre contrariété, des *syncopes :* il pâlissait, perdait connaissance, tombait même par terre, et en revenant à lui, se plaignait de forts maux de tête. Cependant il gérait un commerce important, s'était marié et avait trois enfants. La mère de ce malade présente exactement les mêmes symptômes, et on les constate déjà chez deux des enfants. Les premiers signes d'affaiblissement intellectuel remontent à un an environ, et sont attribués à des contrariétés dans les affaires. Ce malade n'est resté que deux mois

à Charenton : pendant ce temps il n'a eu aucune de ses *syncopes*.

Si l'influence de l'épilepsie est si minime, il en est autrement de celle de l'*ataxie locomotrice progressive*. Depuis les travaux de Baillarger, qui le premier a signalé cette coïncidence, un assez grand nombre d'observations ont été publiées, et l'on a cherché à cette complication une explication qui a paru toute naturelle : l'ataxie tenant à une sclérose de la moelle épinière et la paralysie générale s'accompagnant d'une sclérose du cerveau, on s'est dit que dans certains cas la lésion de la moelle pouvait se propager de bas en haut. Je me suis déjà élevé contre cette théorie[1], qui ne me paraît justifiée en aucune façon. Cliniquement d'ailleurs, la paralysie générale ne survient que très rarement chez les ataxiques : je n'en ai que trois cas parmi mes 340 observations. Par contre, dans la même période de temps, j'ai vu un assez grand nombre d'ataxiques devenus aliénés, j'en ai encore en ce moment dans mes salles : ce ne sont pas des paralytiques généraux.

L'*érysipèle de la face* a été signalé par notre maître Baillarger. Je n'ai qu'un seul cas où cette cause ait été invoquée. Il s'agit d'un lieutenant de dragons, âgé de quarante-un ans, peu intelligent et presque illettré : il n'était devenu officier que grâce aux événements de 1870, et j'ai pu juger des efforts que le malheureux devait s'imposer pour remplir les obligations de son grade. En 1878, au mois d'août, il se fit opérer d'une tumeur qu'il avait au front (loupe?) : érysipèle de la

[1] *Bulletin de la Soc. de médecine de Paris*, 1879.

face consécutif. A peine remis, il dut partir pour les grandes manœuvres, au retour desquelles il commença à délirer. Entré en avril 1879, il succomba au bout de deux ans.

A cette observation je rattacherai la suivante : un gendarme, âgé de trente-deux ans, reçoit de son cheval un coup de tête qui lui fait une forte contusion à la face. Consécutivement un abcès se développe (dans le sinus maxillaire sans doute), et dure pendant plus d'un an; enfin, il finit par guérir, mais on s'aperçoit alors que le gendarme perd la mémoire, qu'il se met à boire; on le transfère au Val-de-Grâce et de là à Charenton, où il arrive en proie à une agitation maniaque tout à fait caractéristique : il fut retiré par sa famille après six mois de séjour. Y avait-il un rapport à établir entre l'abcès du sinus maxillaire et la paralysie générale : c'est ce que je me suis souvent demandé.

En résumé, la question des rapports de la paralysie générale avec les affections aiguës, ou chroniques, antérieures, est encore fort obscure : elle mérite à tous égards d'attirer l'attention.

Causes morales. — Un très grand nombre de malades ont eu à supporter de violents chagrins: perte de la fortune, mort d'un enfant, mort de la femme, ambition déçue, déceptions de toutes sortes. Ce sont même les causes le plus généralement invoquées par les familles; leur action est lente, progressive. Mais quelquefois, la cause morale agit à la façon d'un traumatisme, elle produit un choc violent, soudain, dont le malade ne se relève plus. J'ai vu mourir à Maréville un négociant qui, conseiller municipal de

son village en 1870, avait été arrêté par les Prussiens et sur le point d'être fusillé. — Un médecin avait couru le même danger pendant la Commune, et n'avait échappé que par miracle. — Un négociant avait vu son magasin envahi, pillé, incendié, lui-même menacé de mort, etc. [1].

Dans la revue qui précède, j'ai essayé de faire le relevé, aussi complet que possible, des causes qui ont pu être signalées, avec apparence de raison, dans mes observations. Il est évident qu'en pareille matière, on ne saurait jamais se flatter d'arriver à l'exactitude absolue, et l'on n'apprendrait pas grand' chose sur la genèse véritable de la maladie, si l'on se bornait à cette énumération.

Dire que chez tant de malades on a trouvé telle cause, — chez tant d'autres telle autre cause, — pour arriver en définitive à une simple comparaison de chiffres, — ne me semble pas le moyen de dégager une conception étiologique plausible. D'autant plus, que dans la réalité, on ne voit jamais aucune de ces causes agir isolément; elles se mêlent, se compliquent, se combinent de mille façons. On peut en juger par les exemples suivants :

I. A., boucher, cinquante-six ans, sans être alcoolique, n'était pas sobre; depuis une dizaine d'années, il souffrait de bourdonnements d'oreilles, quand, en 1870, dans une rixe avec des soldats allemands, il fut frappé violemment à la tête (coups de poing et coups de crosse de fusil). En 1873, il perd un fils aîné âgé de dix-huit ans; depuis ce moment le dérangement mental s'accentue. Il meurt dans le marasme en janvier 1877.

[1] En résumé, ces conclusions ne diffèrent guère de celles que nous avons données, le Dr Ritti et moi, dans notre article *Paralysie générale*, du Dictionnaire de Dechambre.

Le cas suivant est encore plus complexe :

II. V.., capitaine d'artillerie, quarante-trois ans; fils unique de petits cultivateurs, il arrive, à force de travail et de peine, à l'école polytechnique, et sort dans l'artillerie. Quelques années après, il s'attache à une veuve, mère d'un enfant, et vit maritalement avec elle. Pendant de longues années, il eut à s'imposer toutes sortes de privations pour entretenir ce ménage, dont il fallait absolument cacher l'existence à ses parents. La femme devint folle, et dut être placée dans un asile d'aliénés ; mais elle avait eu le temps de faire des dépenses extravagantes, ce qui jeta le malheureux officier dans des embarras absolument inextricables. Un jour que V... était allé visiter la malade, celle-ci, au moment où il sortait de la cour, se précipita d'une fenêtre du deuxième étage et vint tomber, grièvement blessée, à ses pieds; elle succombait quelques mois après. Déjà V... donnait des signes non douteux de paralysie générale: des attaques épileptiformes l'emportèrent deux mois environ après son entrée.

On voit ici le surmenage cérébral, les préoccupations, les chagrins, les difficultés de l'existence, se réunir pour agir sur le cerveau de V...: le dernier coup lui est porté par une secousse terrible.

A ces deux faits, que j'ai choisis parmi ceux qui m'ont été le mieux connus, j'en ajouterai quelques autres :

III. F.., artiste sculpteur, vingt-huit ans, petit-fils d'un des grands peintres du siècle dernier. Double prédisposition héréditaire: grand-père maternel et oncle paternel morts aliénés. A mené une jeunesse dissipée, a eu la syphilis et a subi un traitement spécifique énergique. Dans les derniers temps a épousé sa maîtresse, et s'est trouvé dans une situation fort embarrassée. Déceptions artistiques; quelques-unes de ses œuvres avaient été accueillies avec faveur : il rêvait le chef-d'œuvre qui devait le mettre hors de pair et lui apporter gloire et fortune. Il vient de s'éteindre à Charenton.

IV. M.., capitaine d'infanterie, cinquante-deux ans. Un frère et une sœur idiots. A plusieurs idiots et aliénés dans sa famille. Il y a douze ans, coups de sabre sur la tête. Se marie et se trouve dans une situation gênée, avec une femme presque constamment malade.

V. D.., employé de commerce, quarante-cinq ans. Terrible frayeur pendant la commune, a failli être exécuté. Quelques années après, violent chagrin de la mort de sa femme.

VI. D.., trente-huit ans, capitaine d'infanterie. Prédisposition héréditaire : l'un des parents (père ou mère ?) aliéné. En 1870, pendant la guerre, violente frayeur : le train dans lequel il était transporté avec sa compagnie déraille ; il échappe heureusement à la mort, mais voit périr sous ses yeux plusieurs de ses soldats. En 1873, chute de cheval. En 1878, insolation en Algérie ; à partir de ce moment les troubles intellectuels s'accentuent ; il succombe en 1879.

Je terminerai par l'observation suivante[1] : F... a eu un père alcoolique, un oncle aliéné ; cependant, jusqu'à l'âge de quinze ans, il ne présente rien de particulier ; il était très intelligent et l'un des premiers de sa classe. A quinze ans, fièvre typhoïde, qui lui fait tomber les cheveux et les sourcils, et lui fait oublier tout ce qu'il avait appris ; il fallut recommencer toutes ses études, et l'on s'aperçut, à partir de ce moment, qu'il n'était plus capable d'une attention soutenue, qu'il était devenu bizarre, excentrique. En 1870, au moment de la guerre, il partit comme soldat (il avait 21 ans), mais il fut bientôt renvoyé dans sa famille avec un certificat d'aliénation mentale. Devenu chanteur de café-concert, il acquit une très grande vogue ; mais son existence ne fut qu'une suite d'extravagances et de gaspillages avec des maîtresses qui l'exploitaient. Un jour, dans une dispute avec l'une d'elles, celle-ci lui lança au front une carafe, qui lui fit une profonde blessure, dont la cicatrice reste visible : elle eut pour résultat un strabisme divergent de l'œil du côté blessé. Vers 1882, premiers signes de la paralysie générale à laquelle il succomba trois ans plus tard.

Ces exemples, que j'aurais pu multiplier, montrent

[1] Elle a été reproduite récemment dans une thèse.

que dans l'étiologie de la paralysie générale, il faut toujours s'attendre à rencontrer des causes multiples; mais aussi que ces causes n'offrent rien de spécifique : c'est la remarque que j'ai déjà faite plus haut.

Au fond cependant, tous ces faits ne sont pas si dissemblables qu'ils le paraissent de prime abord, et en y regardant de près, il me paraît possible d'en tirer une donnée générale, de faire en quelque sorte la synthèse de cette étiologie d'apparence si diverse.

Les auteurs qui se sont occupés de cette question ont généralement cédé à la tendance d'invoquer une cause unique. Pour les uns, le seul coupable c'est l'alcool, et leur principal argument c'est que la paralysie générale augmente de fréquence parallèlement aux progrès de l'alcoolisme. Les autres accusent exclusivement les excès vénériens; d'autres encore la syphilis.

Je crois que le problème n'est pas aussi simple, et j'ai essayé de montrer que toutes ces causes sont loin d'avoir l'influence qui leur a été attribuée. Cependant, étant donnée l'identité de lésions et de symptômes qui se retrouve chez tous les paralytiques généraux, il est permis de se demander s'il n'y a pas, dans tous les cas, et à l'origine de la maladie, une influence étiologique toujours la même.

Tout d'abord il convient de se demander s'il n'existe pas une prédisposition à la paralysie générale. Or, à cet égard un premier point me paraît à noter : lorsque l'on étudie les paralytiques généraux au point de vue de leur état cérébral, antérieur à la maladie, on constate (c'est du moins le résultat de mon expérience) que presque tous n'avaient qu'une capacité intellec-

tuelle médiocre, ne dépassant pas la moyenne, ou même restant en dessous. Chez ceux que l'on pouvait citer pour leurs facultés brillantes, il existait en même temps des lacunes singulières : il n'en est aucun qui se fît remarquer par une intelligence supérieure, bien pondérée.

Cette faiblesse intellectuelle (faiblesse toute relative, cela va sans dire) n'a pas toujours la même origine.

Chez les uns elle est congénitale : ce sont des *héréditaires*, des *dégénérés*, qui, en venant au monde, avaient déjà cette défectuosité psychique dont ils devaient porter la peine plus tard; chez eux on peut constater les stigmates physiques si caractéristiques : asymétrie du crâne ou de la face, implantation vicieuse des oreilles, etc.

Chez les autres au contraire, elle est survenue accidentellement, dans l'enfance, à l'époque de la puberté, ou même plus tard, sous l'influence de causes telles que les convulsions, la fièvre typhoïde, un traumatisme du crâne, une insolation, une frayeur, une émotion violente, etc. Tous ces individus, à cerveau ainsi amoindri, sont exposés à tous les chagrins, à tous les déboires, à toutes les déceptions de l'existence. Mais ces chagrins, ces déboires, ces déceptions, qui sont comme la monnaie courante de la vie, nul, dans la carrière même la plus heureuse, ne peut se vanter d'y échapper; et il n'est personne qui arrive à l'âge moyen, sans avoir eu à pleurer un de ceux qui lui étaient particulièrement chers, sans avoir éprouvé quelque perte d'argent, ou quelque déception d'amour-propre, ou des contrariétés de toute espèce. Cependant ceux-là seuls succombent à qui manque la force de résistance

nécessaire, et c'est dans cette catégorie que je range les prédisposés à la paralysie générale.

Pour eux également, le moindre écart devient un excès; ils supportent mal la boisson, les plaisirs vénériens, et, sans être ni des alcooliques, ni des débauchés, ils dépassent facilement la mesure de ce qui leur est permis.

Enfin, quelle que soit d'ailleurs leur position sociale, s'ils sont astreints à un effort intellectuel continu, et qu'il faille renouveler chaque jour, cet effort intellectuel, si minime qu'il soit, sera encore de trop pour eux; il les *surmènera*, et la paralysie générale sera le résultat final.

D'ailleurs, que l'on ne s'y trompe pas : le *surmenage* ne suppose pas nécessairement un effort exagéré, violent; il y a *surmenage* chaque fois que l'effort demandé est disproportionné avec la capacité de l'organe[1]. Aussi est-il une troisième catégorie de malades; ce sont ceux qui, ne présentant aucune tare, ni congénitale, ni

[1] J'ai déjà touché cette question de *surmenage* dans une note que j'ai lue à la Société de médecine de Paris (*Union médicale*, 9 avril 1887), et j'ai montré que, contrairement à ce que l'on pouvait supposer, ce ne sont pas les officiers sortis des écoles spéciales (Polytechnique, St-Cyr, Navale), qui fournissent le plus fort) contingent à la paralysie générale. Ainsi, sur 68 officiers paralytiques généraux, 2 seulement étaient d'anciens polytechniciens, 6 avaient passé par St-Cyr, 1 par l'Ecole navale : tous les autres sortaient des rangs. Et en effet le surmenage doit être plus fréquent chez ces derniers. Les officiers sortis des écoles se recrutent parmi les enfants, qui, dès leur début au collège, ont été reconnus assez intelligents pour continuer leurs études, et qui, soumis à un entraînement progressif, sont arrivés, sans trop d'efforts, au résultat qu'ils ambitionnaient. Chez eux, les effets du surmenage se seraient fait sentir beaucoup plus tôt, avant même l'entrée à l'école, ou tout de suite après la sortie. Il n'en est plus ainsi de ceux que des circonstances favorables, souvent inattendues, font sortir des rangs inférieurs où devait s'achever leur carrière, pour les porter à une situation plus élevée, à laquelle ils n'étaient pas préparés, et où ils n'ont pu se maintenir qu'au prix d'efforts inouïs. Beaucoup ont été ainsi victimes d'un avancement de grade : ils ont bientôt fléchi sous le poids de leurs nouvelles obligations.

ımie, etc.). Au début, le trouble circulatoire est ıent fonctionnel et passager ; mais il ne tarde ı devenir organique et permanent, et il aboutit à ısions vasculaires, qui pour beaucoup d'auteurs e point de départ des altérations que nous cons- s dans le tissu même de l'encéphale. On voit que, uement, j'arrive aux conclusions auxquelles se arrêtés des observateurs, tels que Meyer, Lubi- Rindfleisch, Magnan, etc., qui n'hésitent pas à dans les vaisseaux cérébraux l'origine des lé- de la paralysie générale[1].

dernier mot pour expliquer ce que je disais en ençant au sujet de l'augmentation de fréquence aralysie générale depuis qu'elle est connue. Cette ntation me paraît réelle, car, si les causes que minées ne sont pas nouvelles, si elles existaient is tout comme aujourd'hui, il faut reconnaître nt qu'elles exercent maintenant leur action conditions toutes différentes : notre état social rofondément de ce qu'il était il n'y a qu'un ur ne prendre que ce terme de comparaison). ı ans à peine, chacun en naissant trouvait en orte son existence toute tracée : les choses angées de telle façon que, dans la carrière l'avait fait naître, la concurrence fût réduite u. Sans grands efforts, sans compétition

[1] ...pinion de Luys : qu'il s'agisse, dit-il, « d'incitation d'ordre ..., de déceptions, d'une surexcitation intellectuelle pro- ...ssées sans sommeil. Qu'il s'agisse de substances ...tes dans l'économie, de liqueurs alcooliques surtout..., ...méningites traumatiques ou d'origine syphilitique, le ...ique est toujours le même au fond : c'est un travail ...tive qui s'organise, qui se perpétue, et donne nais- ...ions scléreuses, etc. » (*Traité*, p. 549).

acquise, par conséquent aucune prédisposition, succombent cependant, parce qu'ils ont demandé à leur cerveau plus qu'il ne pouvait donner. Ces exemples ne sont pas rares; nous en avons tous rencontré.

En résumant les considérations qui précèdent, je crois que l'étiologie de la paralysie générale peut se réduire aux termes suivants :

1° *Causes prédisposantes:* faiblesse relative du cerveau, congénitale ou acquise (au moins dans le plus grand nombre des cas);

2° *Causes occasionnelles:* tout ce qui est susceptible de déterminer une fatigue prolongée de l'organe (chagrins, veilles, excès de travaux intellectuels ou physiques, etc.). Ces dernières causes peuvent se résumer en un mot: le *surmenage*.

De telle sorte que, si je voulais résumer tout ce qui précède dans une formule générale, je dirais que « la cause de la paralysie générale, c'est le *surmenage du cerveau* dans l'âge adulte[1] ».

Si ces vues sont exactes, il serait possible de pousser l'analyse plus loin et d'arriver par induction à déterminer la lésion originelle de la maladie. Car si l'on examine de près toutes les causes que j'ai énumérées, celles dont l'action est soudaine et violente (frayeur, émotion vive), aussi bien que celles qui n'agissent que lentement et insidieusement (chagrins, préoccupations, contention d'esprit), il n'est pas douteux qu'elles se traduisent toutes par des modifications, brusques ou lentes, dans la circulation cérébrale. J'en dirai autant des causes physiques (traumatisme, insolation, excès,

[1] C'est la conclusion de M. le professeur Lefèvre de Louvain; mais il y est arrivé par des considérations toutes différentes.

insomnie, etc.). Au début, le trouble circulatoire est purement fonctionnel et passager; mais il ne tarde pas à devenir organique et permanent, et il aboutit à ces lésions vasculaires, qui pour beaucoup d'auteurs sont le point de départ des altérations que nous constatons dans le tissu même de l'encéphale. On voit que, cliniquement, j'arrive aux conclusions auxquelles se sont arrêtés des observateurs, tels que Meyer, Lubimoff, Rindfleisch, Magnan, etc., qui n'hésitent pas à placer dans les vaisseaux cérébraux l'origine des lésions de la paralysie générale[1].

Un dernier mot pour expliquer ce que je disais en commençant au sujet de l'augmentation de fréquence de la paralysie générale depuis qu'elle est connue. Cette augmentation me paraît réelle, car, si les causes que j'ai examinées ne sont pas nouvelles, si elles existaient autrefois tout comme aujourd'hui, il faut reconnaître cependant qu'elles exercent maintenant leur action dans des conditions toutes différentes: notre état social diffère profondément de ce qu'il était il n'y a qu'un siècle (pour ne prendre que ce terme de comparaison). Il y a cent ans à peine, chacun en naissant trouvait en quelque sorte son existence toute tracée: les choses étaient arrangées de telle façon que, dans la carrière où le hasard l'avait fait naître, la concurrence fût réduite au minimum. Sans grands efforts, sans compétition

[1] C'est aussi l'opinion de Luys: qu'il s'agisse, dit-il, « d'incitation d'ordre moral, de chagrins, de déceptions, d'une surexcitation intellectuelle prolongée, de nuits passées sans sommeil. Qu'il s'agisse de substances étrangères introduites dans l'économie, de liqueurs alcooliques surtout..., qu'il s'agisse de méningites traumatiques ou d'origine syphilitique, le processus pathogénique est toujours le même au fond : c'est un travail d'hypérémie congestive qui s'organise, qui se perpétue, et donne naissance à des néoplasies scléreuses, etc. » (*Traité*, p. 549).

ardente, chacun arrivait presque sûrement à son but; généralement il vivait et mourait, non seulement dans la ville ou le village, mais dans la maison même où il était né, et il n'avait qu'à cheminer paisiblement dans l'ornière que son père avait tracée. Il en est tout autrement aujourd'hui : les conditions de l'existence sont profondément changées. Chacun a devant les yeux un horizon sans limites, et peut se dire que de lui seul il dépend d'arriver à la place qu'il souhaite : toute ambition lui est permise et est légitime. Il en résulte que partout augmente le nombre des concurrents ; le combat pour la vie devient chaque jour plus âpre, et ceux qui entrent dans la mêlée sans être suffisamment armés sont presque sûrs de succomber. Tel qui, dans une condition donnée, aurait pu, jadis, fournir une carrière honorable et paisible, est obligé aujourd'hui, pour arriver au même résultat, de déployer une somme d'efforts sous lesquels il fléchit bientôt.

C'est ainsi que le nombre des *surmenés* augmentant fatalement, il me paraît que le nombre des paralytiques généraux doit lui-même augmenter, et, si mes vues sont justes, rien n'autorise à penser que cette augmentation doive actuellement s'arrêter. Mais ce n'est pas la *civilisation* qu'il faut accuser, car la *civilisation*, mot vague, et dont on abuse, renferme plus de bien que de mal, et rend meilleures les conditions de l'existence. Le seul coupable, c'est le *surmenage*, qui frappe fatalement ceux qui ne sont pas de taille à supporter « *le combat pour la vie* ».

CLINIQUE NERVEUSE

DE L'ÉPILEPSIE PROCURSIVE[1];

Par BOURNEVILLE et P. BRICON

II. ÉPILEPSIE AVEC AURA PROCURSIVE

Nous distinguerons les malades qui, sans avoir eu, du moins à notre connaissance, des accès procursifs isolés, ont des accès précédés d'une course, de ceux qui, atteints auparavant d'épilepsie procursive isolée antérieure, ont encore des phénomènes procursifs constituant alors une sorte d'aura de l'accès ordinaire. Ces malades doivent-ils être considérés comme atteints d'une des formes de l'épilepsie procursive, en présentent-ils les lésions anatomiques jusqu'ici constatées ? C'est un point sur lequel il nous est impossible de nous prononcer pour l'instant, nos documents étant insuffisants. Ces auras procursives peuvent encore être rapprochées des actes automatiques préépileptiques et n'en sont peut-être qu'une exagération.

OBSERVATION XX. — *Epilepsie. — Père, hémiplégie droite. — Mère nerveuse ; — grand-père maternel, mort à quatre-*

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, vol. XIII, n° 39, mai 1887, p. 321, et vol. XIV, n° 40, p. 55.

vingt et un ans d'une pneumonie; — grand'mère maternelle morte à quatre-vingts ans d'une hémiplégie droite. — Asphyxie à la naissance; — convulsions à dix-huit mois; — parole et marche tardives; — rougeole; — ophthalmie. — Premier accès à dix-sept ans; — vertiges; — aura procursive; — violences.

Jan.... (François-Ferdinand), né le 2 juillet 1845, est entré le 16 décembre 1884 à Bicêtre. (Service de M. Bourneville.)

Renseignements fournis par sa mère (9 décembre 1885). — *Père*, fabricant de chapeaux, intelligent, fort, de taille moyenne, très sobre; marié à l'âge de trente ans, est mort à cinquante-deux ans, des suites d'une *hémorrhagie cérébrale* (?) (hémiplégie droite avec aphasie, intelligence conservée) qui avait été précédée pendant trois ans de violentes céphalalgies. [*Père*, fabricant de chapeaux, mort à trente et un ans. *Mère*, morte à soixante-dix ans, sans qu'on puisse dire de quelle maladie. — Pas de renseignements sur les *grands-parents*, et renseignements confus sur les collatéraux. — Pas d'épileptiques, de difformes, de criminels, de suicides, etc., dans la famille.]

Mère, soixante-quatorze ans et demi, coloriste; elle est très impressionnable, éprouve parfois, à la suite de chagrins, des serrements de gorge avec claquements des dents. — Elle est de taille moyenne, maigre, porte une moustache qui a toujours été très fournie, même dès sa jeunesse; bien réglée, elle s'est mariée à vingt-six ans, et n'a jamais été malade. — [*Père*, mort à quatre-vingt-un ans d'une pneumonie. *Mère*, morte à quatre-vingts ans des suites d'une *hémiplégie droite* survenue quatre ans auparavant; elle était vive, impressionnable, mais n'a jamais eu d'attaques nerveuses. — On n'a aucuns renseigements sur les grands-parents. Pas d'épileptiques, etc., dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Cinq *enfants*, quatre fausses couches (à 6, 4, et 3 mois): 1° fille, modiste, bien portante, intelligente, pas de convulsion; — 2° garçon, né avant terme, mort en nourrice à l'âge d'un mois; — 3° notre malade; — 4° fille, onze ans, impressionnable, tumeur fibreuse de l'utérus, pas de convulsions; — 5° garçon, mort à l'âge de six ans et demi, on ne sait de

quoi. — Il vomissait depuis longtemps. — Pas de convulsions.

Notre malade. — Lors de la *conception* le mari faisait de mauvaises affaires, souffrait de céphalalgies avec étourdissements. — *Grossesse* bonne, sauf les chagrins occasionnés par le mauvais état de leurs affaires. — *Accouchement* à terme, rapide. — *Asphyxie* à la naissance. — Elevé en nourrice au sein et au biberon (lait de chèvre). — *Première dent* à cinq mois. — A dix-huit mois, étant encore en nourrice, il aurait eu, à diverses reprises, des *convulsions* assez graves pour qu'un instant on le crût mort. Il a marché et a été propre à deux ans; il n'a parlé assez bien qu'à trois ans. Vers quatre ans, rougeole. — A huit ans, *ophthalmie grave* (taie sur l'œil droit), pas d'autres maladies, sauf des furoncles.

Il a fréquenté l'école de sept à dix-sept ans; il a appris à lire et à écrire, mais toujours l'intelligence a été peu développée; il était joueur, taquin; aimant à vagabonder avec d'autres enfants, mais n'a commis aucun acte repréhensible. — D'un caractère très emporté, il aurait battu sa mère si l'on ne s'y était opposé. — Il a été mis en apprentissage, comme relieur, à dix-sept ans chez un patron avec lequel il buvait de l'*absinthe*. Il y est resté un an. — C'est à cette époque que s'est déclaré le *premier accès;* il venait de prendre de l'absinthe. Les accès assez rapprochés (tous les huit jours) ont d'abord été *nocturnes*. — Les accès se sont ensuite rapprochés, éclataient aussi bien de jour que de nuit, mais surtout à la suite de contrariétés ou d'émotion. — On n'aurait noté de *vertiges* et de *secousses* (?) que depuis l'âge de vingt ans.

Actuellement l'accès présente les caractères suivants : il est précédé d'une sorte de fatigue, ou bien le malade éprouve un besoin irrésistible de s'en aller, de *courir;* il lui est arrivé quelquefois de descendre ainsi cinq étages avant d'aller tomber ensuite dans la cour; il pâlit, tombe comme une masse sans cri initial. — Périodes tonique et clonique[1]. — Pas d'écume. — Coma. — Pas de troubles intellectuels à la suite des accès. Voici la marche des accès :

[1] A la fin de la période clonique, au dire de sa mère, il s'accrochait aux objets environnants. Celle-ci prétend que, dans la rue, l'accès n'était pas précédé de course.

MOIS	1884		1885		1886	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier	»	»	2	»	»	»
Février	»	»	3	»	»	»
Mars	»	»	4	»	»	»
Avril	»	»	»	»	1	»
Mai	»	»	7	»	1	»
Juin	»	»	3	»	1	»
Juillet	»	»	5	»	»	»
Août	»	»	2	»	»	»
Septembre	»	»	»	»	1	»
Octobre	»	»	»	»	»	»
Novembre	»	»	»	»	»	»
Décembre	3	»	»	1	»	»
Totaux	3	»	24	1	4	»

Pas d'accès ni de vertiges en 1887.

Poids. — 1884. Décembre. 50 kil. 800 gr.
— 1885. Janvier. 51 kil.
— — Août. 52 kil. 500 gr.
— 1886. Janvier. 50 kil.
— — Août. 51 kil. 500 gr.
— 1887. Janvier. 50 kil. 400 gr.

Taille. — 1 m. 62.

Les actes procursifs précurseurs de l'accès paraissent inconstants et ne semblent pas avoir été observés au début de la maladie; ils semblent constituer une aura et ne paraissent pas avoir jamais existé isolément. — L'épilepsie de ce malade s'écarte sensiblement de celle observée chez Grand... et Vall... par le petit nombre d'accès constatés au début de l'affection, par

leur diminution, puis ensuite par leur disparition depuis près d'un an.

OBSERVATION XXI. — *Idiotie. — Epilepsie. — Grand-père, grand'mère paternels, tante paternelle, cousine, morts à la suite d'attaques d'apoplexie. — Grand-père maternel, alcoolique. — Grand'mère et oncle maternels morts de phthisie. — Chute pendant la grossesse. — Première crise procursive à trois ans. — Pleurésie. — Mort.*

AUTOPSIE. — *Pleurésie purulente enkystée droite. — Noyaux de sclérose tubéreuse sur les circonvolutions et les ventricules latéraux.*

Cail... (Adolphe), vingt et un ans, entré le 18 juillet 1872 à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), décédé le 21 octobre 1879.

Renseignements fournis par les parents. — *Père*, cinquante-trois ans, joaillier, bien portant, n'a eu aucune maladie nerveuse, ni cutanée, il a perdu par des *attaques d'apoplexie* son *père* à soixante-quatre ans, sa *mère* à cinquante-cinq ans; celle-ci serait restée quelque temps *paralysée*. Un frère bien portant; une *sœur* est morte *paralysée* consécutivement à une *attaque d'apoplexie*. Il n'y a dans sa famille ni aliénés, ni difformes, etc.

Mère, quarante ans, sans profession, n'a eu ni migraine, ni dartres; elle est très impressionnable, a quelquefois des *faiblesses* et même des pertes de connaissance. — [*Père*, cordonnier, alcoolique, a succombé à une affection génito-urinaire. — *Mère* morte d'accidents pulmonaires sans avoir jamais eu d'affection nerveuse. Un *frère* bien portant, un autre mort de la poitrine, une *sœur* morte subitement d'un anévrysme à trente-trois ans. Ni aliénés, ni épileptiques, ni suicides, etc., dans la famille]. — Pas de consanguinité.

Deux enfants : 1° un mort de scrofules à quatre ans sans avoir eu de convulsions; il était très intelligent;

2° *Notre malade.* — Sa mère fit deux chutes pendant sa *grossesse :* la première fois elle tomba sur le ventre, *avec perte de connaissance;* la deuxième fois elle tomba dans une cave, elle était au troisième ou sixième mois de sa grossesse. Elle eut aussi des scènes de colère à éprouver de son mari, ce qui lui

était d'autant plus sensible qu'elle avait été gâtée chez ses parents. Le développement du ventre pendant sa grossesse était tel qu'on soupçonnait une grossesse gémellaire. Accouchement à terme, laborieux, mais naturel. Il y eut issue d'une grande quantité d'eau. Elevé au sein par une nourrice jusqu'à quatre ou cinq mois, par une autre durant un mois, enfin élevé au biberon avec du *lait de chèvre*. Ce qui frappa chez l'enfant ce fut le développement exagéré de la tête. Il a commencé à marcher à trois ans, à parler à cinq ans répétant ce que l'on disait; il n'a jamais été intelligent.

C'est à trois ans qu'il eut son *premier accès convulsif :* tout d'un coup il quitta la main de sa mère, fut précipité en avant comme s'il *courait* et tomba en proie à des convulsions. Pendant plusieurs années il *courait en hurlant* à chaque crise et se *levait* si l'accès le prenait lorsqu'il était couché[1]. Il avait encore *ses courses en avant à son entrée* à Bicêtre. On ne sait pas exactement à quelle époque elles ont disparu; dans les accès de ces dernières années il poussait des cris violents, se tordait, devenait de toutes les couleurs, il écumait peu, ne se mordait pas la langue. Ses accès étaient plutôt diurnes que nocturnes. — Pas de folie, ni de kleptomanie, ni de pyromanie; il aimait à arracher les fleurs des arbres. — Pas d'onanisme, pas de propension génitale; il gâte quelquefois dans ses accès.

Affectueux pour ses parents, il n'est pas violent. L'intelligence ne s'est jamais développée, il n'a pu apprendre que ses lettres, ne savait pas compter spontanément; il répondait assez mal aux questions qu'on lui posait, ne disant que oui ou non, et encore il fallait insister; alors il répétait ce qu'il avait entendu. — Il n'a jamais eu de gourme, ni aucune maladie, si ce n'est une carie vertébrale pour laquelle il a été soigné à l'hôpital des Enfants malades et qui a laissé des cicatrices.

1879. 17 *octobre*. — Le malade ne s'est couché que le 17 octobre. —Le 16 on n'avait rien remarqué de particulier, il allait et venait, se promenait (de préférence dans les endroits solitaires), et cela comme d'habitude, il mangeait au réfectoire; on n'avait pas observé qu'il eut moins d'appétit. Dans la nuit du 16 au 17, le veilleur avait noté un peu d'oppression; néan-

[1] Selon une note prise par M. Delasiauve le 16 août 1872, « sa mère affirme qu'il était *hydrocéphale* dans sa jeunesse, qu'il a eu de nombreuses et violentes convulsions jusqu'à l'âge de six ans ».

moins, le malade s'était levé spontanément, avait pris suivant une vieille habitude une tablette de chocolat et était descendu dans la cour; c'est là que le surveillant, auquel le veilleur avait signalé le malade, le vit, constata qu'il était souffrant et l'envoya à l'infirmerie. Le malade ne s'était plaint et ne se plaingnait de rien, il ne pouvait d'ailleurs donner aucun renseignement, en raison de son état d'imbécillité. — Durant l'examen, pas de parole, pas de toux ou toux incomplète. L'auscultation dénote des râles sibilants et ronflants mêlés de quelques râles sous-crépitants disséminés dans les deux poumons. La percussion donne à droite une submatité remontant assez haut et diminuant à mesure que l'on s'élève et se confondant en bas avec la matité du foie sans donner une ligne de séparation nette entre la percussion du foie et du poumon. — Rien d'anormal au cœur. La matité du foie remonte un peu haut et descend à deux travers de doigts des fausses côtes. La palpation du foie au-dessous des fausses côtes droites confirme ce renseignement. — Pas d'augmentation apparente de la rate. T. R. 38°,2. — *Soir* : oppression extrême, lèvres bleuâtres, cyanosées. — Vingt ventouses sur la poitrine calment un peu l'oppression. T. R. 39°,6.

18. — On remarque du mucus nasal et palpébral en assez grande quantité. La paupière supérieure droite est rosée et gonflée. P. petit régulier à 136; R. à 56. — T. R. 39°,1. — *Soir :* 39°,2. — *Traitement :* 60 ventouses sèches; ipéca stibié; potion avec infusion d'ipéca 0gr,25 et rhum.

19. — L'oppression est constante, pas d'accès de dyspnée; cependant elle est plus marquée le soir. Râles sous-crépitants, sibilants et ronflants des deux côtés dans toute la hauteur. — 40 ventouses sèches en arrière. Vésicatoire en avant. P. 120; T. R. 38°,8.

20. — Le malade est un peu plus éveillé; montre sa langue qui est humide. — A l'auscultation, râles variés, mais surtout râles sibilants, quelques râles sous-crépitants à la base du poumon droit. Garde-robe régulière, ne gâte pas. P. 120; R. 40; T. R. 38°. — *Soir :* 40°.

21. — C... a pris du potage, du lait, un œuf. — Une garde-robe liquide. Muguet. P. petit, irrégulier, à 120; R. à 48; T. R. 38°,8. — La face et les traits sont altérés; cyanose des lèvres et des conjonctives, mort l'après-midi à une heure.

MOIS	1872		1873		1874		1875		1876		1877		1878		1879	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier	»	»	5	»	9	»	25	»	4	»	5	»	9	»	6	»
Février	5	»	5	»	3	»	2	»	4	»	6	»	5	»	10	»
Mars	»	»	1	»	13	»	29	»	7	»	8	»	5	»	4	»
Avril	»	»	4	»	6	»	5	»	13	»	8	»	6	»	6	»
Mai	»	»	4	»	15	»	5	»	6	»	4	»	5	»	10	»
Juin	»	»	6	»	4	»	6	»	7	»	3	»	2	»	5	»
Juillet	1	»	8	»	3	»	4	»	9	»	8	»	7	»	4	»
Août	6	»	6	»	1	»	2	»	10	»	22	»	7	»	6	»
Septembre	8	»	4	»	2	»	8	»	6	»	6	»	6	»	5	»
Octobre	6	»	5	»	6	»	2	»	3	»	7	»	8	»	7	»
Novembre	8	»	9	»	»	»	4	»	5	»	5	»	8	»		
Décembre	4	»	4	»	6	»	3	»	1	»	4	»	6	»		
TOTAUX	38	»	61	»	68	»	95	»	75	»	86	»	64	»	63	»

Autopsie, le 23 octobre 1879. — *Thorax. Poumon gauche.* Très adhérent au thorax et au diaphragme, pas de liquide dans la plèvre. Injection très prononcée des bronches. Congestion du poumon avec un peu d'œdème à la partie postérieure du lobe inférieur. — *Poumon droit.* Adhérence telle qu'il faut enlever la plèvre pariétale pour sortir le poumon du thorax. La plèvre a près de 2 millimètres d'épaisseur. On trouve une *pleurésie enkystée* siégeant en avant dans les deux tiers inférieurs de la poitrine, refoulant le cœur un peu à gauche et en bas, abaissant le foie et s'étendant seulement latéralement. La poche semble séparée incomplètement en deux autres : 1° la gauche plus petite ayant un prolongement infundibuliforme vers le diaphragme, la paroi de la poche est amincie ; — 2° la droite plus profonde se prolonge vers la base de la poitrine jusqu'à l'hypochondre. — Le poumon droit refoulé en arrière occupe toute la cavité droite du thorax ; il est très congestionné surtout à sa partie postérieure. L'épanchement siégeait principalement dans la partie antérieure et médiane de la plèvre diaphragmatique et était de nature purulente. — *Cœur.* Hypertrophie du ventricule gauche (330 gr.); quelques caillots fibrineux dans le ventricule droit. Quelques taches laiteuses sur la valvule tricuspide et la mitrale. Pas de sclérose. Quelques plaques athéromateuses de l'aorte.

Abdomen. — *Estomac.* Rien d'anormal. — *Rate.* Volumineuse (290 gr.); tissu ferme, congestionné. — *Foie.* Assez volumineux (1,640 gr.), non congestionné. — *Reins.* Très volumineux et très congestionnés (260 gr.); le droit présente un petit *kyste* de la grosseur d'un pois et une cicatrice très foncée résultant d'un autre kyste.

Crâne. — Epaisseur normale en avant, un peu augmentée en arrière. — *Encéphale* (1,600 gr.). — *Pie-mère*, un peu congestionnée à la base surtout, un peu adhérente aux lobes frontaux. — *Artères* et organes de la base, rien de particulier. — Le *cerveau* a une longueur de 20 centim. et une hauteur de 14 centim. — L'*hémisphère cérébral gauche* pèse dix grammes de moins que l'autre. La décortication de la *pie-mère*, un peu épaissie, transparente, est facile.

Les circonvolutions sont assez développées, les sillons profonds. Sur la face interne de la première frontale on découvre une portion de la circonvolution qui est *indurée*, *blanche*, for-

mant un léger relief; même hypertrophie sur la partie postérieure du lobe carré.

Autres foyers ou mieux *îlots de sclérose* formant tumeurs à l'origine de la circonvolution du corps calleux, au-dessous du précédent sur la circonvolution frontale; sur la face convexe de la deuxième frontale à sa racine, à la partie la plus postérieure et la plus élevée de la scissure de Sylvius, *Insula*, *ganglions centraux*, corne d'Ammon, rien. Sur le ventricule latéral non dilaté il existe de petits *noyaux scléreux* de la membrane ventriculaire.

Hémisphère droit.— Pie-mère comme de l'autre côté. On note des *foyers d'induration* avec hypertrophie à la *partie antérieure* de la *face interne de la portion horizontale* de la *première frontale;* — sur la *circonvolution du corps calleux* immédiatement en avant de la couche optique; — sur le pli qui va de la circonvolution du corps calleux à la première frontale (face interne); — sur la partie inférieure et interne du coin (face convexe de l'hémisphère). Mêmes *noyaux* dans le *ventricule latéral droit.* — *Cervelet* et *isthme,* 200 gr.

L'attention n'ayant pas à cette époque été attirée sur les lésions possibles du cervelet dans cette forme d'épilepsie, cet organe n'a été l'objet que d'un examen superficiel, fait qui dénote une fois de plus l'utilité, non seulement de faire les autopsies aussi complètes que possible, mais de noter aussi l'absence de lésions. Notons seulement le poids un peu élevé de cet organe. Le poids moyen est, en effet, chez l'homme adulte de 143 gr. pour le cervelet, 23 gr. pour l'isthme et 8 gr. pour le bulbe, soit 173 gr. pour l'ensemble de ces organes. Rappelons que l'encéphale pesait 1,600 gr., poids élevé, dû peut-être aux îlots de *sclérose tubéreuse*[1].

[1] Cette observation de *sclérose tubéreuse* s'ajoute à celles que avons précédemment publiées.

Chez Caill..., il semble, d'après les renseignements peu précis que nous avons reproduits plus haut, que l'accès ait dès le début, puis pendant de longues années, été précédé de procursion; l'accès n'aurait jamais été limité à l'acte procursif seul. — Quoique cette forme d'accès diffère de celle dont nous avons rapporté précédemment des observations, nous devons noter la transformation progressive des accès avec aura procursive en accès vulgaires. On sait, du reste, que les épileptiques à aura voient le plus souvent cette aura disparaître après un temps plus ou moins long et que fréquemment l'aura n'est signalée que lors des premiers accès.

III. Épilepsie post-procursive.

Les phénomènes post-procursifs, et ici nous n'entendons pas parler des actes automatiques (marche, etc.), observés fréquemment après les accès, sont relativement peu communs. Nous devons à l'obligeance de M. Cullerre, médecin-directeur de l'asile de La Roche-sur-Yon, l'observation suivante :

Observation XXII. — *Fièvres intermittentes. — Attaques éclamptiques à l'âge de six mois. — Petit mal consécutif. — Accès caractérisés par une impulsion irrésistible à courir. — Plus tard, grands accès incomplets suivis de la même impulsion. — Imbécillité avec mauvais instincts.*

G... (Marie-Léontine), âgée de dix ans, est admise à l'asile de La Roche-sur-Yon, le 15 mai 1880, avec le certificat suivant : « Idiotie congénitale, est une cause de préoccupation tant sur le rapport moral vis-à-vis des enfants de son âge

que sous le rapport des dégâts matériels dont elle se rend journellement coupable. » Voici les renseignements fournis sur ma demande par le médecin traitant : « Elle est née de père et de mère bien portants, non parents. Du côté paternel aussi bien que du côté maternel, il n'y a aucune trace d'hérédité morbide ; ses ancêtres sont morts à l'extrême vieillesse. Une sœur aînée, bien portante et intelligente ; sa mère est morte quelque temps après sa naissance, à la suite d'accidents puerpéraux. En 1870, étant âgée de six mois, elle fut prise de phénomènes éclamptiformes à la suite d'accès de fièvre intermittente ; combattus par le sulfate de quinine, les accidents diminuèrent de fréquence, d'intensité, mais le paludisme s'invétéra ; l'on vit chaque mois se renouveler pendant plusieurs années, presque à jour fixe, ces accès convulsifs. L'intelligence s'obscurcissait peu à peu et la raison ne se développa pas. »

Nous ne savons quelle foi il convient d'ajouter à cette étiologie ; nous devons remarquer toutefois qu'en Vendée, en matière d'idiotie, l'intoxication alcoolique du père au moment de la conception doit toujours être soupçonnée.

Mai 1880. — Cette enfant, grande, assez bien développée, sans difformité appréciable, présente un certain degré de *microcéphalie*. Le front est bas, la voûte palatine très ogivale en avant est au contraire étalée en arrière. Kérato-conjonctivite scrofuleuse à répétition. Elle s'exprime bien sans défaut de langue. Elle sait épeler, mais n'a jamais pu apprendre à lire ; elle a une notion nette des couleurs. C'est une imbécile bien plutôt qu'une idiote. On relève chez elle une grande tendance aux actes instinctifs, au vol, à la méchanceté, elle se plaît à faire des niches aux personnes qui l'entourent.

Avril 1881. — On commence à constater chez elle des phénomènes épileptiformes jusqu'ici inobservés. En voici la description sommaire : elle pâlit subitement, puis se met à *marcher droit devant elle*. Quand elle rencontre une porte, elle frappe, ou regarde par la serrure ; si à ce moment on l'interroge, elle répond en général qu'elle se livre à tel ou tel de ses actes journaliers. Au bout de quelques secondes, elle revient à elle sans se souvenir de ce qui vient de se passer. Elle urine parfois au lit.

22. — Elle a un de ses vertiges habituels pendant la promenade. Soudain, elle rebrousse chemin vers l'asile. Interrogée, elle répond qu'elle veut s'en retourner.

12 *mai*. — Elle a eu ce matin une petite crise; elle s'est *déshabillée*, s'est *mise au lit*, puis s'est affaissée sans avoir de convulsions.

27. — Nouveau vertige ce matin; elle a couru jusqu'au fond de la salle. Aussitôt l'accès s'est terminé.

25 *juin*. — Ses accès revêtent parfois une forme nouvelle, elle reste assise sur sa chaise, a quelques contorsions de la face, et frappe avec violence le sol de ses talons, semblant ainsi *piétiner sur place*. Quand elle reprend connaissance, elle a quelques moments d'égarement.

26. — Prise d'un accès à la chapelle, elle se met à courir, rentre au quartier, monte les escaliers jusqu'au grenier et la crise se termine. Une lacune existe ici dans mes notes. Elles reprennent en 1886.

1886. 29 *novembre*. — Actuellement, l'accès débute par une chute sur le dos, sans cri, sans aura, sans écume à la bouche. Quelques mouvements convulsifs de la tête et des bras, qui manquent parfois; grande pâleur, urination involontaire. Au bout de quelques secondes, elle se relève avec vivacité, jette autour d'elle des regards égarés, puis soudain *prend sa course, allant droit devant elle, ne s'arrêtant que quand elle rencontre un obstacle. Tantôt elle s'enfuit jusqu'au bout du jardin, tantôt elle enfile un escalier* et ne s'arrête qu'à la porte du grenier, etc.

A ce moment il lui arrive de s'endormir quelques instants. Quand elle revient à elle, ne comprenant pas ce qui vient de lui arriver, elle cherche à s'expliquer sa présence dans ce lieu inusité par quelque besogne à accomplir.

Alors, bien que ce ne soit pas l'heure, elle descend les ustensiles de ménage ou les bassins de garde-robe, etc. Elle urine quelquefois au lit.

Elle a considérablement grandi depuis son entrée à l'asile. Elle est réglée depuis deux ans d'une façon régulière. Son intelligence ne s'est pas développée dans les mêmes proportions. On n'a pu lui apprendre à lire ; les religieuses prétendent cependant qu'elle est douée d'une certaine mémoire et qu'elle a pu apprendre le catéchisme. Elle a appris à

coudre et à tricoter, mais est incapable de conduire seule un tricot.

Santé physique en général satisfaisante, les kératites ont disparu. — Taille 1m,60.

Déformation de la face; saillie de la fosse frontale droite; la joue de ce côté est plus étalée et plus saillante. Voûte palatine ogivale. Dents à peu près régulières. Voici les mensurations de la tête :

Diamètre antéro-postérieur maximum. 0m165
Diamètre bi-pariétal maximum. 0, 156
Diamètre bi-auriculaire. 0, 142
Grande circonférence. 0, 525
Demi-circonférence antéro-postérieure de la glabelle à la protubérance occipitale. 0, 280
Demi-circonférence bi-auriculaire. 0, 350

Les accès ont eu, de mai 1883 à décembre 1886, la marche suivante :

MOIS	1883	1884	1885	1886
Janvier.		7	2	3
Février.		5	5	1
Mars.		6	0	4
Avril.		7	1	7
Mai	9	2	6	6
Juin	8	8	0	1
Juillet	6	5	1	2
Août.	1	3	1	5
Septembre	4	3	6	3
Octobre	5	2	9	7
Novembre	7	6	3	3
Décembre	7	4	2	

L'acte procursif a dans ce cas constitue le seul phé-

nomène caractéristique de l'épilepsie pendant quelques années, puis nous voyons apparaître ces sortes de tapotements sur place dont nous avons parlé précédemment à propos de Vall... (Obs. II) et enfin les accès présentent le type vulgaire, mais sont suivis d'une course soudaine et précipitée. Les phénomènes automatiques proprement dits que présente également cette malade ne sont observés qu'à la suite du sommeil dans lequel il tombe après l'acte procursif.

Observation XXIII. — *Mère : névralgie, phthisie. — Oncle maternel phthisique. — Cousin issu de germain, épileptique. — Consanguinité. — Convulsions dans l'enfance. — Absences (treize ans). — Accès (dix-huit ans). — Augmentation des accès et diminution des absences vers vingt-six ans. — Accès surtout nocturnes. — Course en ligne droite après les accès. — Traitements divers sans succès. — Diminution de l'intelligence à partir de vingt-cinq ans. — Démence.*

Car... (Alexandre), né le 24 mai 1841, entré à Bicêtre (service de M. Bourneville) le 6 mai 1874, est décédé le 9 décembre 1886.

Renseignements fournis par le père. — *Père*, soixante-dix-huit ans, bien portant, marié à vingt-huit ans, a eu une fluxion de poitrine il y a cinq ou six ans. [Père et mère morts âgés (quatre-vingts ans).]

Mère mariée à trente ans, morte à soixante-cinq ans, phthisique, un peu nerveuse, vive, pas de migraines ; elle avait des crises douloureuses survenant subitement dans une oreille et disparaissant instantanément mais l'obligeant à fléchir sur elle-même, elles revenaient deux ou trois fois par an ; elle ne tombait pas ; cette *névralgie* n'a débuté que vers l'âge de cinquante ans, elle l'a gardée jusqu'à soixante-quatre ans. [*Père* et *mère* morts vieux. — Un cousin germain du côté paternel est atteint d'épilepsie.]

Outre ses *accès procursifs*, Car... avait des *accès rotatifs :* tantôt il décrivait des cercles à court rayon, qui se terminaient souvent par un *accès convulsif* ordinaire ; tantôt il décrivait des cercles irréguliers à grand rayon, évitant les personnes, les arbres, etc. Son père ne saurait dire si la rotation s'opérait toujours dans le même sens et quel il était. A l'époque de sa sortie du chemin de fer (dix-huit ans), il a eu ses premiers accès, il tombait comme une masse, était roide, avait des mouvements convulsifs pendant un instant et de l'écume buccale. Pas d'incontinence d'urine à la suite des accès. Après les grands accès *il cherchait aussi à s'échapper*, pendant une heure ou deux il fallait le surveiller. Revenu à lui, il ne se souvenait de rien, se plaignait de mal de tête et restait sombre pendant une heure ou deux. D'habitude, rien ne faisait présager l'arrivée de l'accès ; quelquefois cependant, Car... avait plusieurs petits mouvements nerveux. Peu à peu les accès sont devenus de plus en plus nombreux. Vers l'âge de vingt-six ans, il a eu 48 accès dans la nuit, suivis d'une rémission de trois mois. Toujours les accès ont été plus fréquents la nuit. *Les vertiges ont diminué en même temps que les accès augmentaient*, mais les courses persistaient encore après l'admission. Il a travaillé seulement jusqu'à vingt-cinq ans. Les facultés intellectuelles ont décliné peu à peu ; néanmoins, quand il est entré à Bicêtre (trente-huit ans), il causait encore un peu, lisait le journal, etc. Voici comment a été provoqué son internement : Étant sorti aux environs de sa demeure avec une tante, il s'est mis subitement à courir, et si vite que sa tante n'a pu le rejoindre ; puis il a été pris d'un accès ordinaire. Les sergents de ville ont essayé de le maintenir, lui ont froissé les poignets. L'accès fini, comme il ne pouvait donner aucun renseignement, il a été conduit au poste puis au dépôt de la préfecture de police, de là à Sainte-Anne et enfin à Bicêtre[1].

1879. 6 *octobre*. — Bromure de potassium : 5 gr.

1880. 28 *juin*. — Bromure de camphre : 3 gr.

3 *septembre*. — C... prend 8 gr. de bromure de camphre depuis le commencement du mois de juin. Suspendu jusqu'au 6 septembre.

[1] Nous avons revu le père de Car... le 13 août 1887. Il nous a confirmé, en les complétant, tous les détails qui précèdent. Il a aujourd'hui quatre-vingts ans, est tout à fait valide et possède encore ses facultés.

4 *septembre*. — Purgatif. — 6. 3 capsules de bromure de camphre. — 10. 4 capsules. — 15. 5 capsules. — 25. 6 capsules. — 30. 8 capsules.

26 *décembre*. — Suppression du bromure de camphre. Traitement par le bromure de potassium: 4 gr. jusqu'au 5 janvier; 6 gr. jusqu'au 15 janvier ; 8 gr. jusqu'au 30 janvier.

1881. 30 *avril*. — Suppression du bromure de potassium.

2 *mai*. — *Traitement hydrothérapique*. — *Mémoire* confuse, sait ses nom et prénoms, ignore le jour, le mois et l'année ; il dit être à Bicêtre depuis sa naissance ou depuis deux ans ; il s'habille seul, mais très lentement; est encore propre.

14 *octobre*. — *Suppression* du traitement hydrothérapique. — Le malade est en *démence ;* ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'on est arrivé à lui faire prendre les douches. — Il est encore propre, mange seul, mais on est obligé de l'aider à s'habiller.

1882. *Avril*. — On essaie inutilement de le soumettre à niveau au traitement hydrothérapique.

1883. 3 *décembre*. — Car... se rappelle son nom, ignore les dates, ignore où il est, dit qu'il est avec des serruriers. — On constate une paralysie incomplète de la face ; le sillon naso-labial droit est effacé, la commissure labiale gauche est tirée à gauche ; pas de déviation, ni de tremblements de la langue. Parole libre ; pupilles égales, normales. Il *court* après ses accès.

1884. 2 *juillet*. — Parfois Car... s'habille ou se déshabille seul, mais le plus souvent il faut l'habiller. Il mange seul, mais ne se sert pas du couteau ; il se lave mal. Pas de tremblement des lèvres, ni de la langue ; il ne répond que par quelques mots incohérents.

1885. 9 *janvier*. — Il est maintenant incapable de s'habiller et de se déshabiller seul. — Langage incohérent ; on ne peut lui faire dire son nom.

31 *décembre*. — Le malade urine au lit toutes les nuits, il est quelquefois grand gâteux. — Léger embarras de sa parole; pas de tremblement des lèvres et de la langue.

1886. — *Novembre*. — Le malade est dans le même état, allant et venant comme d'habitude.

3 *décembre*. — Car... s'alite ; l'appétit avait diminué depuis deux ou trois jours ; mais il ne se plaignait de rien, on avait remarqué qu'il maigrissait, qu'il fléchissait sur les jambes.

9 *décembre*. — La température à 36°,6 le soir du 7 descend progressivement à 34° (9 heures du soir). Hier il a encore mangé comme d'habitude et le matin il voulait encore se lever, puis il est tombé dans le coma et a succombé.

Description d'un accès (3 octobre 1886). — Le malade pousse un bourdonnement rauque et tombe lentement en avant sans se blesser. Le corps étant entièrement étendu à terre sur l'abdomen, les bras s'écartent lentement du tronc jusqu'à angle droit ; les jambes s'écartent également de 50 centimètres environ de la ligne médiane. Pas d'urination, ni de défécation [1], ni de morsure de la langue.

Le ronflement est fort, pas d'écume ; la main gauche reste contracturée pendant environ vingt minutes après l'accès. La durée de l'accès est d'environ trois minutes ; le malade se lève et continue sa promenade interrompue.

Durant les années précédentes, on a souvent constaté la course consécutive aux accès, Car. courait droit devant lui après s'être levé d'un bond.

Selon une note de l'infirmier du chauffoir, ce malade, avant de tomber, tourne plusieurs fois sur lui-même en poussant un cri prolongé ; puis se baisse doucement sur le côté gauche jusqu'à ce qu'il touche la terre où il s'allonge la face tournée sur le terrain. Alors il devient raide, la figure grimace, elle est pourpre. — Lorsque l'accès est passé, il fait aller les jambes à droite et à gauche, les ramènent sur la poitrine trois ou quatre fois, puis se relève, tourne encore, se met à marcher vite, court même quelquefois, mais avec la démarche d'un homme ivre. Voici le tableau des accès :

[1] Il gâte parfois dans ses accès. Il se livre quelquefois à des actes de violence après les crises.

sans entraîner de substance grise, si ce n'est au niveau du pli pariétal supérieur. Pas de lésions en foyer. — *Ventricule latéral, couche optique, corps strié, corne d'Ammon*, etc., rien de particulier.

Hémisphère droit. — La *scissure de Sylvius* est normale ; le *sillon de Rolando* est très profond, sinueux.—La *scissure perpendiculaire externe*, également très profonde, va se jeter dans la scissure interpariétale. — Le *Lobule orbitaire* présente des scissures et des circonvolutions normales.

Face convexe. — *Lobe frontal.* — En avant de la circonvolution frontale ascendante, il existe une scissure profonde, parallèle, partant du bord interne de l'hémisphère interrompue par deux plis de passage allant de la seconde circonvolution frontale à la frontale ascendante, puis se continuant en dessous de ceux-ci jusqu'à la scissure de Sylvius; elle sépare ici le pied de la troisième frontale de la circonvolution frontale ascendante. — La *scissure frontale inférieure* est très irrégulière, interrompue par des plis de passage se rendant de la deuxième à la troisième frontale; elle communique largement à sa partie postérieure avec la *scissure frontale supérieure*, séparant ainsi le tiers postérieur de la deuxième frontale de ses deux tiers antérieurs. — La scissure frontale supérieure est profonde surtout en arrière. — La *première circonvolution frontale*, bien conformée, large, est dédoublée dans sa partie médiocre. — La *deuxième circonvolution frontale*, également large, est irrégulière, s'insère par deux plis de passage à niveau et parallèles à la circonvolution frontale ascendante; elle envoie deux plis de passage à la *troisième circonvolution frontale*, qui est également de même irrégulière, comme tassée; quoiqu'elle soit peu développée, son V médian présente des traces de dédoublement, ou plutôt une scissure médiane partant de sa pointe dans la scissure de Sylvius; cette partie médiane se trouve inférieurement située à un demi-centimètre environ au-dessus du pied de la circonvolution. Dans son ensenble, le *lobe frontal* paraît normal et très bien développé dans sa partie postérieure, mais en avant, quoique très plissé, il semble ramassé sur lui-même, et le sillon de Rolando se trouve par suite plus rapproché de l'extrémité antérieure que de l'extrémité postérieure.

Les *circonvolutions frontale* et *pariétale ascendantes* sont bien développées, sinueuses, normales. — Le *lobule pariétal supé-*

rieur est moyennement développé; il envoie à son extrémité inférieure et antérieure un pli de passage étroit au *lobule pariétal inférieur* qui est bien conformé, très plissé. La *scissure interpariétale* forme en arrière de la pariétale ascendante une scissure parallèle complète; elle est interrompue au commencement de sa courbe par le pli de passage signalé plus haut, puis se poursuit dans le sillon occipital supérieur jusqu'au sillon transverse. — Le *pli courbe* est assez développé, sinueux. — Le *lobe occipital* est bien conformé.

Lobe temporal. — La *première circonvolution temporale* est normalement confirmée avec deux circonvolutions temporales transverses se rendant au fond de la scissure de Sylvius. — La *scissure parallèle* est très profonde, elle se prolonge jusqu'à la scissure interpariétale en divisant le sommet du pli courbe. — La *deuxième circonvolution temporale*, le *deuxième sillon temporal* et la *troisième circonvolution temporale* sont bien développés et ne percutent pas d'anomalies. Il existe un *sillon préoccipital* complet qui partant de l'incisure préoccipitale va se terminer à 5 mill. de la scissure interpariétale en face de la scissure perpendiculaire externe, dont il est séparé par un pli de passage, allant du pli courbe au lobe occipital. Ce sillon délimite nettement le lobe temporal du lobe occipital. — Le *lobule de l'insula* ne possède que deux digitations qui sont bien développées, larges et subdivisées.

Face interne. — Lobe temporo-occipital. — Les circonvolutions et les deux scissures temporo-occipitales sont bien développées; au tiers antérieur existe une scissure profonde divisant transversalement tout le lobe.

Lobe frontal. — La *scissure calloso-marginale* semble prendre son origine au centre même du lobule paracentral par deux branches, une oblique postérieure, une verticale antérieure. Ces deux branches très profondes et atteignant le rebord interhémisphérique ne sont pour l'antérieur que l'exagération du sillon médian paracentral prolongé en haut et en bas. La *scissure fronto-pariétale interne* est ici constituée par la branche oblique postérieure. La scissure calloso-marginale ne possède pas de prolongement postérieur et ne fournit pas d'incisure préovalaire; celle-ci est seulement indiquée par une très légère dépression. La *première circonvolution frontale interne* est bien développée, normale, très découpée; elle envoie vers son milieu un pli de passage maigre, à niveau, à la

circonvolution du corps calleux. Le *lobule paracentral*, bien développé, est mal délimité en avant et en arrière. — Le *lobule quadrilatère*, large, a un pli de passage pariéto-limbique antérieur, complètement isolé par une scissure verticale profonde atteignant presque la circonvolution du corps calleux. Il existe aussi un pli pariéto-limbique postérieur mal délimité en avant par la scissure sous-pariétale qui est très irrégulière. — La *scissure perpendiculaire interne*, très profonde, se prolonge jusqu'au niveau du bourrelet du corps calleux. La *circonvolution du corps calleux*, la *fissure calcarine*, le *coin*, le *corps calleux*, ne présentent rien de particulier.

Hémisphère gauche. — Légère vascularisation de la *pie-mère* qui s'enlève facilement. *Ventricule latéral*, *corps strié*, etc., normaux. La *scissure de Sylvius*, normale, envoie trois rameaux antérieurs ascendants. — Le sillon de Rolando, très sinueux, profond, se termine dans la scissure de Sylvius à 3 ou 4 mill. environ du lobule de l'insula. — La *scissure perpendiculaire externe* n'est constituée que par une simple encoche d'un centimètre environ; elle est séparée de la scissure interpariétale par un pli de passage à niveau, reliant le lobe occipital au lobule pariétal supérieur. — Le *lobule orbitaire* est bien conformé.

a). — *Face convexe.* — On trouve en avant de la circonvolution frontale ascendante une *scissure parallèle frontale* interrompue à sa partie médiane par deux plis d'insertion de la deuxième circonvolution frontale. — La *scissure frontale inférieure* sinueuse, est interrompue par un pli de passage allant de la deuxième circonvolution frontale au cap de la troisième. La *scissure frontale supérieure* est légèrement sinueuse, coupée à son extrémité antérieure par un pli de passage venant de la *première circonvolution frontale* qui est assez bien conformée, un peu maigre à son extrémité antérieure et s'insère à la frontale ascendante par un pli sinueux et grêle. — La *deuxième circonvolution frontale* très développée dans sa moitié postérieure, l'est peu dans sa moitié antérieure. — La *troisième circonvolution frontale* possède un pied grêle; son cap est subdivisé en trois parties par les deux rameaux antérieurs ascendants supplémentaires de la scissure de Sylvius, mais ces parties réunies ne donnent pas un volume plus grand que celui d'un cap ordinaire bien conformé.

Les *circonvolutions frontale et pariétale ascendantes* sont

bien développées, normales. — Le *lobule pariétal supérieur*, régulier, est peu volumineux; en effet la *scissure interpariétale* présente une courbe très accentuée qui remonte à un centimètre de la scissure interhémisphérique; le *lobule pariétal inférieur* est sinueux, très découpé, très développé au détriment du lobule pariétal supérieur. — Le *pli courbe* est assez gros également. — La *scissure interpariétale* forme en arrière de la pariétale ascendante une scissure parallèle presque complète. Elle se continue en arrière avec la scissure occipitale supérieure au delà de la scissure occipitale transverse. — Le *lobe occipital* est bien conformé; mais la scissure occipitale transverse n'existe que dans sa partie supérieure; en dessous de la scissure interpariétale continuée elle est interrompue par un pli de passage se dirigeant vers la deuxième circonvolution occipitale. A un centimètre en avant du pôle occipital se trouve une scissure transverse assez profonde allant de la scissure interhémisphérique à la deuxième scissure occipitale.

Lobe temporal. — La première circonvolution temporale assez bien développée, sinueuse, envoie à son quart antérieur un pli de passage à niveau, grêle, à la *deuxième circonvolution temporale* qui, elle, est très développée et pousse trois plis de passage à niveau à la *troisième* assez bien développée. Il existe *quatre circonvolutions transverses temporales* se rendant au fond de la scissure de Sylvius. La *scissure parallèle*, profonde, sinueuse, a un trajet très étendu par suite de la hauteur du pli courbe; en avant d'elle et parallèlement il existe une autre scissure empiétant d'un centimètre sur la première circonvolution temporale et se terminant dans le lobule pariétal inférieur à 3 millimètres environ de la scissure interpariétale; à sa partie médiane une scissure transverse assez profonde la met en communication avec la scissure parallèle. Il existe un *sillon préoccipital* complet, qui, partant de l'incisure préoccipitale, profonde, va rejoindre la scissure parallèle au niveau de sa courbe et isole ainsi nettement le lobe occipital. Le *lobule de l'insula* n'a que deux digitations principales.

b. Face interne.—Lobe temporo-occipital. Les circonvolutions sont bien développées; elles sont toutefois un peu en retrait sur un espace d'un centimètre au niveau de l'incisure préoccipitale. Les scissures sont irrégulières, sectionnées par de nombreux plis de passage; une scissure oblique fait communiquer la première scissure temporo-occipitale avec la seconde.

Lobe frontal. — La *scissure calloso-marginale* est irrégulière, semble se perdre en avant dans la circonvolution du corps calleux; elle communique, d'une part, avec la scissure sous-pariétale et d'autre part avec un sillon vertical profond médian du lobule paracentral à la partie inférieure de la scissure fronto-pariétale interne; à ce niveau, on trouve un pli de passage profond qui, devenu plus bas à niveau, interrompt en allant à la circonvolution du corps calleux la continuité de la scissure calloso-marginale. — La *première circonvolution frontale interne* est très développée, découpée par de nombreux sillons verticaux; elle envoie vers sa partie médiane un pli de passage à niveau à la circonvolution du corps calleux; en avant de ce pli se trouve une scissure parallèle au corps calleux qui semble être la continuation normale isolée de la scissure calloso-marginale dont nous avons signalé un autre prolongement de 3 centimètres environ dans la circonvolution du corps calleux qui est assez bien développé. — Le *lobule paracentral* bien développé envoie à sa partie inféro-antérieure un pli de passage assez gros à niveau, à la première circonvolution frontale interne. — Le *lobule quadrilatère*, large, possède un pli de passage pariéto-limbique postérieur, séparé du reste du lobule par une scissure profondes contournant la scissure interhémisphérique et se terminant dans le lobule pariétal supérieur à un demi-centimètre de la scissure interpariétale. — La *scissure sous-pariétale* est très irrégulière. — La *scissure perpendiculaire interne*, très profonde, très large et subdivisée à son origine, se prolonge jusqu'au bourrelet du corps calleux. — La *fissure calcarine*, le *coin*, la *circonvolution de l'hippocampe*, le *corps calleux* ne présentent rien de particulier.

Cette observation est très intéressante et si nous avions eu plus tôt les derniers renseignements qui nous ont été fournis par le père du malade, nous l'aurions mise à côté de celle de Grandid... et de Wall... Elle peut se résumer en ces points : 1° *absences;* — 2° *vertiges;* — 3° *accès procursifs* parfaitement caractéristiques et *accès rotatifs;* — 4° *accès ordinaires* précédés rarement de phénomènes de procursion et souvent de phénomènes de rotation; — 5° persistance

concurremment pendant plusieurs années des vertiges, des accès procursifs et des accès ordinaires. Enfin, disparition des accès procursifs, augmentation des accès ordinaires et des vertiges, déterminant enfin la *démence*. Le tableau des accès comprenant une période de *treize ans* mérite aussi de fixer l'attention.

Observation XXIV. — *Père tourneur en cuivre, alcoolique. — Grand-père et oncle paternels alcooliques et phtisiques. — Mère, névralgies. — Grand-père maternel, apoplectique. — Oncle maternel, délire aigu. — Grand-oncle maternel, imbécile.*

Vertiges procursifs à trois ans et demi. — Premier accès à huit ans. — Accès suivis de course. — Caractère violent. — Onanisme. — Affaiblissement des facultés intellectuelles. — Mort en état de mal.

Alép... (Auguste), né le 21 mars 1872, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 13 février 1882 et y est décédé le 6 juin 1883.

Renseignements fournis par sa mère (27 février 1882). — *Père*, trente-six ans, *tourneur en cuivre*, a quitté sa femme il y a trois mois, il fait de nombreux *excès de boisson* (absinthe, vin, eau-de-vie, etc.). Lorsqu'il a bu, il est très méchant, violent, a battu sa femme plusieurs fois. Marié à vingt-quatre ans, il a toujours bu beaucoup, même dès le début du mariage. Caractère doux à l'état normal. Pas de migraines, pas de maladies de peau. Il travaillait peu; établi tourneur, il a tout bu et sa femme a dû se placer comme domestique. [*Père* mort de la poitrine à trente-huit ans, *tourneur en cuivre*, quelques *excès de boisson*. — *Mère*, soixante ans, n'a jamais été malade, pas d'accidents nerveux. — Trois *frères ;* un poitrinaire, faisait des *excès de boisson;* il aurait été condamné pour vol d'une chaise un jour de débauche, il était marié et courait les femmes. Un deuxième a été tué en mai 1871 (fédéré), il *buvait* aussi et aurait eu des hémoptysies ?]

Mère, trente ans, travaillait aux champs avant le mariage; actuellement elle est domestique; chataine foncée, très impressionnable, très colérique, elle l'est devenue de plus en plus

par les ennuis que lui a causé son mari. — Intelligente, physionomie régulière assez agréable, n'a jamais eu que des névralgies violentes. [*Père*, laboureur, sobre, mort à cinquante-neuf ans, d'une *attaque d'apoplexie* foudroyante en dix-neuf heures. — *Mère*, soixante-quatorze ans, bien portante, n'est pas en enfance, travaille encore un peu aux champs, pas d'attaques de nerfs, a souvent le sang à la tête. — Quatre *frères*, l'un est mort en huit jours, *d'accidents cérébraux* consécutifs, à la peur des Prussiens qui avaient dégaîné sur sa femme. « Ça lui bouillait dans sa tête, il se sauvait de son lit, il avait le transport. » (*Délire aigu.*) — Les trois autres sont bien portants; un est marié, a quatre enfants en bonne santé et n'ayant pas eu d'accidents nerveux. — Les deux derniers frères ne sont pas mariés. — Un *oncle paternel* est mort très vieux (soixante-seize ans), et a toujours été « bonasse, imbécile ». Pas d'épileptiques, pas de difformes, etc.]

Pas de consanguinité.

Trois enfants : 1° Garçon mort-né durant la guerre ; bien conformé ; il était énorme et pesait bien dix livres ; — 2° Notre malade; — 3° Garçon, huit ans, bien portant, intelligent, apprend bien, pas de convulsions.

Notre malade.— Conception. — Pas de rapports habituels dans les ivresses. « Il ne pensait qu'à dormir et il était quatre ou cinq jours sans me toucher, car il était malade, vomissait tout vert. » — *Grossesse*, beaucoup de contrariétés et de fortes colères « parce que mon mari, n'était jamais chez nous », ni coups, ni chutes, ni compression. Pas de peurs, sauf celles que lui occasionnait son mari quand il rentrait ivre. — Pas d'alcoolisme. — *Accouchement* naturel, à terme, sans chloroforme. — A la naissance pas d'asphyxie ; il était chétif, mignon. — *Elevé au sein*, en province, jusqu'à dix-sept mois, repris alors, il n'avait pas eu de convulsions, était bien venant quoique chétif. Il a marché à dix mois, a parlé à dix-sept mois, a été propre vers deux ans. — A trois ans on a repris son frère de nourrice. C'est à ce moment que notre malade est devenu drôle, il semblait jaloux de son frère et le battait quelquefois en cachette. — Vers trois ans et demi il a eu des *vertiges* qu'on appelait un grand *tic nerveux*.

« Le regard se portait en haut, puis au bout de quelques instants, l'enfant se levait et *courait*, il n'aimait pas qu'on lui parle dans ces moments-là. Il avait peur; sitôt que ça allait le

prendre, il devenait d'abord très pâle, puis rouge après. Ces accidents venaient irrégulièrement, quelquefois deux fois par jour et parfois il était cinq à six jours sans rien. Conduit plusieurs fois aux Enfants-Malades et à l'hôpital Trousseau on lui a donné des bains, de la tisane et du sirop antiscorbutique, mais pas de bromure de potassium.

Vers août 1880, sans que les vertiges soient devenus plus fréquents, Alép... a eu souvent des accès; voici comment on décrit le premier : Etant debout, on s'aperçut que sa figure grimaçait, qu'il était pâle, qu'il allait tomber; sa mère l'a pris sur elle, tout le corps était roide également des deux côtés, pas de secousses, pas d'écume, mais un peu de ronflement; il est revenu à lui de suite et s'est mis à *courir* dans la chambre. Le deuxième accès est venu huit jours après. Ils sont allés en se rapprochant depuis septembre 1881. — Maximum des accès en 24 heures, 3. Le plus long intervalle entre deux accès a été huit jours. Accès à peu près également diurnes et nocturnes. Persistance des *vertiges*.

Jamais Alép... n'a prévenu de l'arrivée de ses crises. On a remarqué qu'il devenait sombre aux approches de l'accès; quelquefois il portait la main au creux de l'estomac et disait : ça va me prendre. Parfois, euh ! euh ! euh ! Rigidité, secousses cloniques qui sont survenues seulement, il y a six mois. Peu de ronflement; pas d'écume; plusieurs fois urination involontaire et défécation.

Après les accès il *veut se sauver*, il a la parole embarrassée, on dirait qu'il va devenir paralysé. Pas de morsure de la langue. — Pas de folie consécutive. — Le caractère a toujours été violent, il est resté le même.

Depuis l'âge de trois ans, l'enfant est allé en classe et n'a jamais rien appris; il connaît seulement ces lettres, *ba*, *be*, *bi*, etc. Quand il y avait un répit après des accès, il apprenait, puis après les accès il oubliait. On l'a renvoyé de l'école depuis le début de ses accès.

Pas de kleptomanie, ni de pyromanie. On pense qu'il se touche un peu depuis longtemps *même dès son retour de nourrice*.

Croûtes dans les cheveux ; glandes cervicales dont l'une abcédée; pas d'ophthalmies, pas d'otites ; pas d'engelures ni de dartres. On ne croit pas qu'il ait eu la rougeole; il semblerait

avoir eu la rubéole? Coqueluche pendant six semaines. Enfin il aurait eu de temps en temps des fièvres éphémères.

Ni succion, ni balancement. Digestion régulière, selle quotidienne, pas de rumination ni de salacité.

Alép... est peu caressant, très turbulent; il paraissait *très intelligent jusqu'à trois ans.* On attribue la maladie aux ennuis et aux chagrins de la grossesse. L'enfant dit qu'il a eu peur d'un mouton.

MOIS	1882		1883	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier			5	»
Février	10	3	22	»
Mars	14	16	33	»
Avril	16	64	28	»
Mai	18	58	45	»
Juin	5	17	31	»
Juillet	6	»		
Août	7	»		
Septembre	13	2		
Octobre	5	»		
Novembre	6	»		
Décembre	9	»		
TOTAUX	119	160	164	»

1882. Février.— *Poids* : 21 kil. 800. *Taille* : 1 m. 21.
— Juin. — *Poids* : 22 kil. 300. *Taille* : 1 m 24.
1883. Janvier. — *Poids* : 23 kil. 500. *Taille* : 1 m. 25.
Après décès : 21 kil. 500.

Pendant son séjour à Bicêtre l'enfant fut soumis à un traitement hydrothérapique (21 juin au 30 novembre 1882). Les notes de l'école indiquaient un affaiblissement graduel des facultés intellectuelles.

1883. — 5 *juin.* — Alép... a eu six accès dans la journée. T. R. *Soir.* 38°.

6 *juin.*—Dans la nuit le malade a eu huit accès; il tombe dans

le coma à 5 heures du matin, et meurt à 10 heures du matin.

Traitement : Eau-de-vie allemande, sangsues. T. R. à 5 heures du matin, 38°, à 10 h. 1/2 : 38°,8.

Autopsie (7 juin 1883). — *Thorax*. *Cœur* normal (130 gr.), rien dans le péricarde. — *Poumons* congestionnés vers le bord, surnageant. (P. droit. 225 gr. ; p. gauche, 210 gr.)

Abdomen. — *Foie* normal (800 gr.), un peu de péri-hépatite ancienne. Rien dans la vésicule. — *Reins* normaux (droit, 80 gr.; gauche, 70 gr.). — *Rate* (70 gr.). — Rien dans l'*estomac*, l'*intestin*, la *vessie*.

Tête. — *Cuir chevelu* assez épais. — *Os* du crâne de consistance ordinaire. Base du crâne symétrique. — *Liquide céphalo-rachidien* en quantité normale. — *Encéphale* volumineux (1450 gr.). Les différents organes de la base du cerveau sont symétriques (artères, nerfs, etc.), pourtant le tubercule mamillaire gauche et le pédoncule cérébral du même côté sont un peu plus petits. — *Pie-mère* congestionnée également dans toute son étendue; adhérente par place à la substance cérébrale, elle s'enlève assez difficilement quoique assez épaisse. *Hémisphères cérébraux* égaux, substance très molle. *Cervelet* et *isthme* (195 gr.) ne présentent rien d'anormal. Hémisphères cérébelleux égaux.

Hémisphère gauche, *face convexe*. — La *première circonvolution frontale* sinueuse, double en avant, sans pli de passage, s'insère de niveau sur la frontale ascendante; la *deuxième circonvolution frontale*, très volumineuse, dédoublée à sa partie moyenne où elle est très large, s'insère de niveau sur la circonvolution frontale ascendante. La *troisième circonvolution frontale* sinueuse possède une insertion de niveau; pas de plis de passage, sillons assez profonds entourant les circonvolutions, sillons secondaires peu profonds. La *frontale ascendante*, sinueuse, est assez large. Le *sillon de Rolando* est profond. — La *pariétale ascendante*, plus épaisse que la frontale ascendante, est volumineuse. — Le *pli pariétal inférieur* est assez plissé. — Le *pli pariétal supérieur* est volumineux comme dédoublé. Le *pli courbe*, irrégulier, assez sinueux, envoie un prolongement très gros à la partie postérieure du pli pariétal supérieur. — Le *lobe occipital*, assez plissé, est très volumineux. Longueur de l'extrémité antérieure du lobe frontal à la partie moyenne de la face postérieure de la pariétale ascendante, 12 centimètres. Longueur de ce dernier

point à l'extrémité postérieure du lobe occipital, 11 centimètres et demi [1].

Le *lobule de l'insula* a 3 digitations doubles.

La *première circonvolution temporale*, très sinueuse, envoie un prolongement très volumineux au pli pariétal inférieur au pied de la scissure de Sylvius; elle a également en avant un pli de passage la reliant à la deuxième *circonvolution temporale*, sinueuse à sa partie confondue, à la troisième par de nombreux plis.

Face interne. — La *première circonvolution frontale* est volumineuse avec des sillons tout à fait superficiels se confondant en arrière avec le lobe paracentral. Le sillon callosomarginal est peu profond. — Le *lobule paracentral* est séparé du lobe quadrilatère par un sillon profond avec un sillon central oblique de bas en haut et d'arrière en avant. — Le *lobe quadrilatère*, très long (7 centimètres à sa partie moyenne), est plissé et possède des sillons superficiels. Le *coin* et le *lobe occipital* sont composés de petites circonvolutions. La *circonvolution de l'hippocampe* est lisse [2].

Hémisphère droit. — *a*). *Face convexe.* La *première circonvolution frontale* est sinueuse, plissée, dédoublée incomplètement en avant; insertion de niveau; pas de plis de passage. La *deuxième circonvolution frontale* très volumineuse, mais surtout dans les deux tiers postérieurs, envoie un pli de passage à la troisième circonvolution frontale, s'insère par 2 insertions de niveau. La *troisième circonvolution frontale* assez courte s'insère aussi de niveau. — En avant sur le lobe frontal les sillons sont peu profonds, ils le sont beaucoup en arrière. — La *circonvolution frontale* assez sinueuse, assez volumineuse, est séparée en haut presque complètement par un sillon transversal situé entre l'insertion de la première frontale et l'insertion supérieure de la deuxième frontale, Le *sillon de Rolando* est assez peu profond. La *circonvolution pariétale ascendante* est volumineuse avec des sillons transversaux, les uns superficiels, l'un assez profond: on dirait des pavés irréguliers entassés les uns sur les autres. Le sillon qui sépare la pariétale

[1] Comme on le voit, les parties postérieures du cerveau étaient relativement très développées.

[2] Au moment de ce dernier examen fait le 24 septembre 1884, les masses centrales et la paroi ventriculaire sont très irrégulières, ce qui est dû probablement au séjour dans une solution insuffisante.

ascendante du pli pariétal inférieur est très profond. Le pli pariétal supérieur est sinueux, envoie deux plis de passage à la pariétale ascendante et un en arrière. Le sillon situé en arrière du lobe paracentral est très accusé. La scissure parallèle est également très prononcée ; elle se divise en deux parties embrassant une circonvolution quadrangulaire qui envoie un pli de passage vers le lobe occipital et en reçoit un du pli pariétal inférieur. Le *lobe occipital* est assez plissé et volumineux. Les digitations du *lobule de l'insula* sont assez marquées. La *première circonvolution temporale*, volumineuse, sinueuse, envoie deux prolongements dans le fond de la scissure de Sylvius [1].

b). *Face interne.* — La *première circonvolution frontale*, très volumineuse en partie dédoublée sur toute sa longueur par un sillon assez superficiel, se confond en arrière avec le *lobule paracentral* qui est très irrégulier, incomplètement séparé du lobe quadrilatère, tandis qu'à droite la séparation est très marquée. Le *sillon calloso-marginal* est peu profond. La *circonvolution du corps calleux*, lisse, offre, en arrière du lobe pariétal, le renflement normal qui fait défaut à gauche. Le *lobe quadrilatère*, un peu irrégulier, mesure quatre centimètres et demi. En arrière de lui existe un sillon assez profond dans lequel existe une petite circonvolution qui semble plutôt se rattacher au coin. — Le *coin* et le *lobe occipital* peu sinueux sont assez développés. — Les *masses centrales* des deux côtés n'offrent rien de particulier.

Cette observation que nous avons classée dans l'épilepsie *post-procursive* aurait également pu trouver place parmi les cas de *vertiges procursifs*. Il n'est pas douteux en effet qu'ici, d'après les renseignements fournis sur les vertiges, nous n'ayons eu affaire à de véritables vertiges procursifs. Nous noterons encore leur disparition totale pendant la dernière année de la vie du malade. (*A suivre.*)

[1] Les *deuxième* et *troisième circonvolutions temporales*, ainsi que la circonvolution de l'hippocampe, ont été en partie détruites par le défaut de surveillance des pièces déposées à l'amphithéâtre.

RECUEIL DE FAITS

NOTE SUR UN CAS D'ATAVISME;

Par le Dr ALEXANDRE PARIS
Médecin adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne.

G... (Juliette-Charlotte), née le 4 août 1872, est nièce d'une idiote, fille d'un individu ne jouissant pas de toutes ses facultés intellectuelles, sœur cadette d'un enfant mort à l'âge de seize mois par suite de méningite; elle eut, à six mois, des convulsions auxquelles ses parents attribuent son état d'idiotie.

Cette enfant est dans un asile depuis le 28 août 1883, c'est-à-dire dès l'âge de onze ans. Ses parents n'ont pu la conserver avec eux parce qu'elle avait besoin d'une surveillance que leur situation précaire ne leur permettait pas de lui donner; elle mangeait ses excréments, elle s'adonnait à des pratiques de nature vicieuse depuis l'âge de cinq ans et il n'était pas possible de chercher à la corriger sans provoquer une très grande irritabilité qui se traduisait par des cris inarticulés, des morsures, etc.

Juliette G... est de taille presque moyenne pour son âge (1 m. 27), de constitution faible, de tempérament lymphatique. La peau et les muqueuses sont pâles, anémiées. La boîte cranienne offre un développement considérable, indice de l'hydrocéphalie. Voici, du reste, ses principales dimensions:

Diamètre occipito-frontal.	0 m. 175
Diamètre bi-pariétal.	0 m. 1[illegible]0

alors que les diamètres correspondants sont chez l'*homme adulte*, d'après Beaunis et Bouchard:

Diamètre occipito-frontal.	0 m. 170
Diamètre bi-pariétal.	0 m. 135

Le diamètre vertical maximum est aussi beaucoup plus long que le diamètre correspondant chez l'homme adulte. Les cheveux très fins, sont bien implantés. Le front, un peu bombé, participe à la forme en carène de la face; les yeux, situés sur un même plan horizontal, remplissent mal leurs fonctions : il existe un strabisme convergent très évident et la vision est presque nulle;

les objets très lumineux sont seuls vus et à la condition d'être très proches. — Les dents sont irrégulièrement implantées, marquées la plupart d'un sillon transversal dénotant une nutrition défectueuse et les incisives sont en double rangée; la voûte palatine est très grande. Les oreilles sont bien conformées et l'ouïe est le plus fin des cinq sens. Les mains et les membres supérieurs n'offrent rien de particulier; les membres inférieurs relativement peu développés, sont inertes et ne supportent que le poids du corps.

Juliette G..., complètement privée de l'usage de la parole, est gâteuse, malpropre; elle mange ses excréments et elle a des habitudes d'onanisme qu'il est très difficile de combattre; elle pousse de temps en temps des cris inarticulés et, à la moindre contrariété, se mord les mains; elle est affectée de mouvements de balancement du tronc d'arrière en avant et vice-versâ.

Le 15 mai 1884, éclate un accès convulsif épileptiforme de courte durée; le 6 juin suivant. Une attaque bien caractérisée d'épilepsie se produit et, depuis ce moment, l'enfant est sujette à des accès éloignés d'épilepsie.

En septembre 1886, elle est atteinte de fièvre muqueuse avec complications du côté des méninges, mais l'état physique et mental ultérieur est le même qu'auparavant.

Jusqu'à présent nous avons passé sous silence un phénomène qui a été remarqué chez Juliette G... par plusieurs médecins depuis quatre ans environ; nous l'avons fait dans le but d'attirer spécialement l'attention sur ce point de l'histoire de notre petite malade. Juliette qui ne peut pas prononcer un seul mot, qui n'a jamais parlé, qui est incapable de recevoir même l'éducation la plus élémentaire que l'on puisse donner à une idiote, fredonne chaque jour assez gentiment et correctement quelques airs anciens, toujours les mêmes, toujours dans le même ordre et sans leur faire subir la moindre altération d'un jour à l'autre.

La littérature médicale est peu riche en faits de ce genre et celui-ci nous a semblé devoir être rapproché de l'histoire du tambour, de Morel; cet auteur a publié, en effet, l'observation d'un idiot qui, fils et petit-fils de maîtres-tambours, exécuta du premier coup un roulement lorsqu'on lui présenta un tambour et ses baguettes. — Juliette G... ne compte aucun instrumentiste parmi ses ascendants « mais toute la famille aimait « à chanter, nous écrit sa mère, et l'enfant n'a jamais entendu « que le père et la mère qui lui chantaient des chansons ».

Il a toujours été complètement impossible de faire jaillir la moindre étincelle sur n'importe quel point du territoire nerveux de cette dégénérée, à l'exception d'un seul. Il est donc bien évident que ce seul point était préparé par hérédité et que Juliette devait naître avec quelques instincts musicaux, absolument comme le tambour de Morel. Tout le système nerveux de la vie animale étant resté constamment et entièrement muet chez cette idiote hydrocéphale et épileptique, quels qu'aient été les excitants mis en jeu, il y a lieu de croire plutôt à un simple phénomène d'atavisme qu'à une résultante de l'hérédité et de l'éducation d'un sens au détriment de tous les autres.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS; par TH. MEYNERT. (*Jahrbüch. f. Psych.*, VI, 1-2-3.)

Article de pathogénie : Deux élément symptomatiques concourent au syndrome paralytique. Un élément d'obnubilation psychique tend à décomposer, à dissocier les associations d'idées, à renverser l'ordre de leur genèse, par suite de la déchéance des éléments anatomiques. Les divers centres associatifs les plus complexes subissant la décomposition organique, les coordinations délicates ratent en même temps et de la même manière que la coordination motrice; les phénomènes se simplifient, mais se désagrègent; le moi perd son jeu si fin pour ne se traduire que par un ensemble de manifestations terre à terre. Puis les images elles-mêmes devenant indistinctes, par suite de la déchéance des cellules corticales, la démence finit par de l'asymbolie sensorielle et motrice. P. K.

II. DESCRIPTION ET EXPLICATION DES HALLUCINATIONS DE LA VUE QUI SE PRODUISENT AVANT LE SOMMEIL; par HOPPE. (*Jahrbüch. f. Psych.*, VI, 2-3.)

On peut, et l'auteur l'a fait sur lui-même, avant de s'endormir en regardant pour ainsi dire à l'intérieur de son œil, en sollici-

tant la rétine par la mise en mouvement des milieux de l'œil, provoquer la formation de fantasmes qui se projettent ensuite au dehors, en tant qu'hallucinations hypnagogiques. Hallucinations d'origine entoptique, ayant en somme le même mécanisme que le rêve. Ce mémoire les décrit avec une grande richesse d'expressions et de coloris. P. K.

III. De la folie des persécutés persécuteurs (processifs, chicaniers; gens se plaignant sans cesse); par J. Fritsch. (*Jahrbüch. f. Psych.*, VI, 1.)

Le délire provient d'un excès de la sensibilité morale, qu'il y ait ou non lacune du jugement, lésion du raisonnement. L'auteur distingue à cet égard trois grandes catégories : l'une est caractérisée par un fond de débilité mentale manifeste. La seconde témoigne d'un véritable délire. La troisième consiste, pendant bien longtemps du moins, uniquement en une impulsion irrésistible à chicaner, sans anomalie psychopathique proprement dite. M. Fritsch donne trois observations de délires chroniques systématiques ayant affecté cette forme. P. K.

IV. Contribution a l'étude des troubles mentaux transitoires ; par A. Hollœnder. (*Jahrbüch. f. Psych.*, VI, 1.)

La plupart d'entre eux seraient, d'après l'auteur, des équivalents psychiques de l'épilepsie. Il est vrai que ces équivalents psychiques peuvent remplacer des attaques épileptiformes symptomatiques. M. Hollœnder donne trois observations à l'appui de cette manière de voir : — Observation I. Manie furieuse de plusieurs heures à début et à disparition rapides actes de violence. Amnésie consécutive. Démence paralytique. — Observation II. Incohérence et désordre dans les idées de plusieurs heures. Amnésie chez un paralytique. Plus tard reproches contre lui-même se transformant tout à coup en délire des grandeurs. Syphilis. — Observation III. Etat d'obnubilation psychique avec idées délirantes de teneur dépressive. Amnésie, tabes. — La quatrième observation concerne un rhumatisme articulaire avec chorée; périodes d'angoisse, hallucination; puis allure maniaque pendant cinq jours; amnésie. — Le mémoire n'est pas encore fini. P. K.

V. L'Hystérie dans l'armée ; par le D[r] Em. Duponchel. (*Rev. de méd.*, 1886.)

L'hystérie occupe actuellement dans la neurologie générale de l'armée une place importante, grâce aux récents travaux de

M. Charcot. Un bon nombre de soldats qui étaient autrefois considérés comme des simulateurs ont été reconnus depuis comme de véritables hystériques. M. Duponchel en cite plusieurs exemples. La connaissance des *stigmates* de l'hystérie permet aujourd'hui d'éviter de semblables erreurs en l'absence même de la constatation directe des attaques par le médecin, ce qui est le cas le plus habituel.

Au point de vue de la médecine légale militaire, l'existence de l'hystérie soulève une importante question. Il conviendrait, dit M. Duponchel, de compléter l'instruction ministérielle du 27 février 1877 sur les causes d'exemptions en y faisant figurer l'hystérie, mais tous les cas d'hystérie mâle ne paraissant pas *a priori* absolument incompatibles avec le service armé, il est nécessaire avant d'arrêter des dispositions définitives de multiplier les recherches et les observations.

On peut affirmer pourtant sans attendre plus longtemps que les paralysies hystériques survenant à l'occasion d'un traumatisme pourront entraîner, quand l'accident résultera d'un service commandé, ce que l'on appelle la réforme n° 1 avec gratification renouvelable. Elles resteront en effet dans la catégorie des maladies *aggravées à l'occasion du service*. Dans aucun cas, ces paralysies ne sauraient conférer des droits à la retraite, puisqu'elles sont de leur nature transitoires et curables. G. Deny.

VI. Crampe des pianistes; par le Dr Vivian Poore.

L'auteur attire l'attention de ses auditeurs dans une leçon clinique, sur certains troubles nerveux qu'il a observés chez des pianistes. — Cette affection a une certaine analogie avec la crampe des écrivains, mais elle est plus rare. L'auteur n'en a réuni que deux cas, tandis qu'il a observé huit fois plus souvent cette dernière lésion. Sauf deux fois, ce sont des femmes qui ont présenté ce phénomène. Pour que le jeu du piano puisse s'effectuer, il faut une grande aisance dans les mouvements des articulations du membre supérieur, et une intégrité complète des muscles de ce dernier. De même que dans la crampe des écrivains, où ce sont les muscles soumis à une contraction incessante pour maintenir la plume, plutôt que ceux destinés au mouvement de celle-ci, chez lesquels se produit la crampe, il semblerait, d'après l'examen des faits dans la crampe des pianistes, que ce soient les muscles destinés à l'extension du poignet qui sont atteints. Les mouvements rythmiques de contraction et de relâchement des muscles faisant

mouvoir cette articulation ne doivent pas produire la contracture pas plus que les mouvements rythmiques du cœur sur le myocarde. — Les professeurs ont adopté une méthode dite de Stuttgart, dans laquelle le poignet est maintenant constamment étendu ainsi que les doigts, sauf sur ces derniers, quand ils sont appliqués sur les touches. Dans ces mouvements, les extenseurs du poignet et des premières phalanges sont à l'état de tension (extenseur commun des doigts, extenseur de l'index et du petit doigt). La plupart des malades du Dr V. Poore ont présenté des symptômes du côté de ces muscles et du nerf radial. Le terme de « crampe des pianistes » n'indique pas le trouble ressenti par les malades.

Dans neuf cas, ce sont des contractions des extenseurs, au moment où le pianiste fait des accords, immobilisant la main dans la position qu'elle avait pour exécuter ces derniers. La sensibilité nerveuse qui accompagne ses troubles se traduit : 1° par de l'incapacité musculaire, se manifestant dans l'action de jouer du piano, et dans les autres actes; 2° par un tremblement plus ou moins accusé ; 3° par de la douleur ou une fatigue rapide pendant la contraction musculaire; 4° une sensation de faiblesse du membre, surtout la nuit et empêchant de le placer dans une bonne position dans le lit. Cette sensation tient souvent le malade éveillé. Les nerfs sont sensibles à la pression et dans l'extension du membre. Ce même fait de douleur localisée aux points où le nerf est tiraillé dans les mouvements a été observé par le Dr Poore chez un malade atteint de névrite alcoolique.

A ces symptômes, le Dr Warrington Haward ajoute des signes de refroidissement de la main, avec aspect violacé et congestion veineuse. De plus, les phénomènes que nous avons mentionnés s'observent le plus souvent à la main gauche, qui, du reste, est celle que l'on exerce le plus. L'excitation faradique des muscles donnait lieu à une contraction propagée des muscles voisins.

Dans quatre cas, il y avait simplement de la difficulté à jouer, sans localisation au niveau des extenseurs et du nerf radial. Deux fois la lésion semblait exister à l'épaule. Dans deux cas, le traumatisme semble avoir été la cause de la lésion ; mais le plus souvent ce sont des individus nerveux ou présentant certaines affections (anémie, rhumatisme, goutte, dyspepsie) qui sont atteints de cette crampe.

Les douleurs de la crampe des pianistes ne se montrent pas seulement au moment du jeu du piano, mais dans d'autres actes, ce qui est opposé aux phénomènes de la crampe des écrivains; l'auteur attribue cette différence à ce que dans la première, les muscles intéressés sont plus volumineux, plus nombreux et d'un emploi plus fréquent que les interosseux incriminés dans la seconde.

Comme traitement, l'auteur fait diminuer le temps des séances de piano, soigner les maladies constitutionnelles. L'arsenic à l'intérieur, les douches, les frictions et surtout le massage doivent être employés.

On sait combien les pianistes ont de difficulté à faire manœuvrer l'annulaire, qui a des mouvements indépendants très restreints. Cette gêne est due à l'absence d'extenseur propre de ce doigt. Pour y remédier, des auteurs américains ont proposé de diviser avec le ténotome les expansions fibreuses unissant le tendon extenseur de l'annulaire à celui des doigts voisins. Le Dr V. Poore ainsi que le Dr Warrington Haward rejettent cette intervention qui ne doit avoir pour résultat que d'immobiliser encore davantage l'annulaire par la production de tissu cicatriciel. (*British Med. Journ.*, 26 févr. et 26 mars 1887.) A. Raoult.

VII. Remarques adressées a la théorie du professeur Arndt sur les hallucinations et les illusions. (*Traité de psychiatrie*, p. 110-112, ch. XIX [1]); par Hoppe. (*Jahrbüch. f. Psych.*, VI, 2-3.)

Pour M. Hoppe, les hallucinations de la vue émanent purement et simplement d'impressions périphériques prenant leur source dans les éléments anatomiques intra-oculaires. Que l'on ajoute par la pensée quelque chose à ces impressions, elles deviennent des perceptions délirantes. Toutes les hallucinations ont pour origine l'organe sensoriel. Tout le monde peut donc s'halluciner en se mettant dans les conditions en question ; la facilité est plus ou moins grande, voilà tout. P. K.

VIII. Des réactions galvano-électriques des nerfs auditifs et optiques chez les hallucinés; par E. Konrad (*Jahrbüch. f. Psych.*, VI, 2-3.)

Dans l'immense majorité de cas d'hallucinations vraies (douze faits sur vingt malades), on constate de l'hypéresthésie (avec ou sans

[1] Voy *Arch. de Neurologie*, t. XIII.

modifications de la formule normale) du côté de l'*acoustique;* il semble que ce résultat ne se produise pas dans les cas d'hallucinations frustes sur les douze faits en question d'hallucinations véritables, plastiques, on note dix cas d'hypéresthésie de l'auditif à l'égard du courant; un cas de simple modification de la formule, un cas de torpeur du nerf. Telle est la substance utile de ce mémoire. P. K.

IX. États d'affaiblissement psychique congénitaux en médecine légale criminelle; par de Krafft-Ebing. (*Jahrbüch. f. Psych.* VI, 2-3.)

Sept rapports médico-légaux concernant des cas relatifs à la pratique de chaque jour. Relief élémentaire. — I. Meurtre de sa sœur par un imbécile; a été exécuté sous une influence émotive. — II. Incendie par un idiot. — III. Incendie sous une influence passionnelle par un débile congénital, atteint d'épilepsie traumatique. — IV. Vol, débilité mentale. — V. Attentat, faiblesse intellectuelle. — VI. Attentat. Idiotie. — VII. Acte de violence publique. Haut degré de débilité mentale et d'émotivité. P. K.

X. Du renvoi définitif des aliénés criminels guéris; par A. Pick. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIII, 1-2.)

Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de le faire décider par une commission mixte composée de médecins, d'administrateurs, de juges, conformément à l'opinion du procureur général Barbier et du rapporteur sur la Loi française, Th. Roussel. P. K.

XI. Contributions a la connaissance des psychoses dans l'armée; par W. Sommer. (*All. Zeitsch. f. Psysh.*, XLIII, 1-2.)

Étude statistique très complète et fort judicieuse de laquelle il ressort que, en temps de paix comme en temps de guerre, ce n'est pas le service qui rend fou; ce sont la tension d'esprit et les préoccupations de la responsabilité jointes aux travaux intellectuels qui provoquent de concert, avec les excès et les exigences sociales, l'aliénation mentale. Aussi, sont-ce les sous-officiers et les officiers qui lui paient le plus fort tribut. Et encore faut-il faire la part dans l'espèce des prédispositions psychopatiques congénitales ou acquises qui sont celles de tout le monde, vie de garnison comprise. — Conclusion. — Examinez avec le plus grand soin les jeunes hommes à leur début au service; examinez-les encore au régiment, n'hésitez pas à les faire traiter dans un asile dès

que débute l'aliénation mentale. Quant aux modalités morbides et à leur évolution, M. Sommer montre que c'est la mélancolie qui se produit le plus souvent; elle se manifesterait dans la seconde moitié du temps du service. La manie atteint surtout les recrues et guérit promptement. On rencontre peu de folies curables chez les sous-officiers; prédominance de la paralysie générale et de la folie systématique. Les officiers sont encore plus affectés sous ce rapport; cinquante pour cent de paralytiques généraux; trente-six pour cent de folies systématiques (religieuses ou hypochondriaques); quatorze pour cent de guérisons. P. K.

XII. Aperçus sur l'histoire de l'assistance des aliénés allemands au moyen age; par Kirchhoff. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIII, 1-2.)

Conclusion.— Il ne faut pas croire que le traitement des aliénés fût aussi inhumain qu'on le pense. Sans doute, on n'avait pas constitué de traitement psychiatrique correspondant au nôtre, sans doute on se préoccupait surtout de séquestrer dans un but de préservation sociale, mais on ne les traitait pas non plus comme des malfaiteurs. P. K.

XIII. De l'importance des asiles d'aliénés pour préserver les psychopathes du suicide; par F. Muehlberger. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIII, 1-2.)

Statistique de l'asile du grand-duché de Hesse, par Heppenheim.

XIV. Du trouble du langage écrit chez les demi-idiots et de sa ressemblance avec les vices d'articulation. (*Balbutiement et bégaiement*); par Berkhan. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 3.)

Nouveaux spécimens d'écritures montrant que, sous la dictée, les débiles ou les imbéciles omettent des lettres, dans l'espèce, l'*r* et l'*l*. Ces deux linguales font défaut ensemble exactement comme chez les balbutieurs. C'est donc du *balbutiement écrit*. P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 juin 1887. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

L'acétanilide dans l'épilepsie.— MM. MABILLE et RAMADIER communiquent à la Société le résultat de leur expérimentation de l'acétanilide dans l'épilepsie. La conclusion est que cet agent, loin d'avoir les propriétés thérapeutiques qu'on lui avait attribuées, est d'un effet presque nul, sinon contraire au but poursuivi. Chez un certain nombre de malades, les crises ont augmenté, mais dans la plupart des expériences, le médicament est resté sans effet à la dose de trois grammes par jour.

Amnésie traumatique. — M. RITTI donne lecture d'une observation de Jarchi (de Buckarest), relative à un cas d'amnésie consécutive à un traumatisme cranien chez une femme. Après trois semaines, la malade a guéri mais n'a jamais depuis retrouvé le souvenir de son accident, ni des événements accomplis pendant la durée de la maladie.

Du dédoublement de la personnalité chez un hystérique. — M. MABILLE, qui a suivi la malade de MM. Bourru et Burot dont l'histoire est revenue à différentes reprises devant la Société[1], apporte la confirmation de certains faits avancés par les premiers présentateurs.

Du délire chronique. (Suite de la discussion.) — M. CHRISTIAN : Lorsque, dans la dernière séance, je vous exposais que, selon moi, les persécutés dont le délire reposait sur des troubles de la sensibilité génitale n'arrivaient jamais à formuler d'idées ambitieuses, M. Doutrebente m'a objecté qu'à une certaine époque, l'officier de marine dont j'invoquais la typique observation avait eu des conceptions très nettement orgueilleuses. Je vous apporte aujourd'hui les documents officiels de Charenton, et vous verrez qu'à aucune époque rien de semblable n'a été noté. M. X... s'est bien cru en 1854 frère de l'empereur, mais dans sa généalogie écrite de sa main, il ne fait nullement mention de cette parenté.

[1] Voir *Archives de Neurologie*, vol. X, 1885, p. 212, 230.

M. Doutrebente. Il me semble alors que j'ai annoncé un fait exact, puisque vous reconnaissez avec moi qu'en 1854 il se disait allié à la famille impériale.

M. Christian. Oui, mais cela n'a pas duré.

M. Doutrebente. J'ai aussi retrouvé les notes que je prenais au jour le jour sur ce malade et j'y vois qu'il était poursuivi par un préfet de police invisible, à cause de sa parenté avec l'empereur. « Je me garde bien, nous écrivait-il confidentiellement, de jamais parler de mon frère, parce qu'ils me tourmenteraient davantage. » Plusieurs lettres que le malade m'a remises sont remplies de conceptions orgueilleuses ; si dans les notes médicales il est à peine question de cette tendance, cela tient surtout à ce que, ne connaissant pas cette dernière transformation du délire chronique, on ne la recherchait pas.

Affaire du baron Seillère. — M. Briand. En présence des attaques dont deux de nos collègues qui sont des maîtres estimés et respectés, sont l'objet depuis quelques jours, il me semble que la Société médico-psychologique a un devoir à remplir. Les insultes dont on abreuve MM. Falret et Motet rejaillissent sur nous tous. Je vous demande de donner une nouvelle preuve de confraternité et de solidarité médicale en votant l'ordre du jour suivant :

« *La Société médico-psychologique adresse à MM. Falret et Motet* « *l'expression de sa plus vive sympathie à l'occasion des attaques* « *aussi inqualifiables qu'imméritées dont ils ont été récemment l'objet* « *dans une certaine presse.* »

L'ordre du jour est voté par acclamation.

M. Motet, après avoir remercié en termes émus la Société de l'ordre du jour qu'elle vient de voter, demande à exposer en quelques mots l'affaire du baron Seillère, non pas, dit-il, pour se disculper ou se défendre, mais pour revendiquer hautement devant ses pairs sa part de responsabilité.

« Mêlé dès le début à cette affaire, dit-il, si j'y suis intervenu, appelé par la famille, c'est que déjà, dans une circonstance non moins pénible pour elle, j'avais été chargé de constater l'état mental d'un des siens. J'ai vu M. le baron Seillère pour la première fois le 18 mai 1887 ; j'ai dit, en mon honneur et conscience, ce que je pensais de son état, et depuis j'ai laissé sans réponse tout ce que les journaux ont publié. J'aurais manqué à tous les devoirs de ma profession en donnant des détails ; j'aurais violé le secret médical : je me suis tu.

« Mais, depuis l'interpellation portée devant la Chambre des députés le 24 juin 1887, par M. J. Gaillard, député du département de Vaucluse, j'ai bien le droit de penser qu'il n'y a plus de secret

médical à garder et que, si malgré les efforts de M. le Ministre de l'intérieur, de M. le Président de la Chambre, on a pu jeter à tous les vents les secrets d'une famille cruellement atteinte, que si, sans pitié, on a pu se livrer à des attaques sans mesure, je pouvais venir devant vous, non pour me défendre, non pour me justifier, mais pour revendiquer hautement la responsabilité du conseil que je devais donner et rétablir pour vous la vérité des faits que je veux bien encore supposer inconsciemment altérés. »

M. Motet communique ensuite à la Société : 1° une consultation en date du 18 mai 1887; 2° une consultation signée de M. le professeur Charcot, en date du 24 mai; 3° une série d'écrits du baron Seillère.

Dans la première consultation, celle qui a précédé l'internement, M. Motet détermine sous le nom d'accès d'excitation maniaque, l'état du baron Seillère. Les violences du langage, les menaces contre plusieurs membres de sa famille, non moins que les exagérations vaniteuses, caractérisent suffisamment cet état. Cependant M. Motet laissait encore entrevoir la possibilité d'un retour au calme et ne concluait à la nécessité de l'internement que dans le cas où l'excitation persisterait. Ce qui décida la famille de M. le baron Seillière à agir, ce fut à la fois l'agitation croissante du malade et une lettre de son conseil judiciaire qui, ému de l'état de M. le baron, crut de son devoir d'avertir son frère de l'exaltation inquiétante dans laquelle il serait de le voir et de l'impossibilité où il s'était trouvé de traiter avec lui les affaires d'intérêt dont il avait à lui rendre compte. Ce placement eut lieu sans violence et les scènes du domestique qui se serait emparé du malade est une pure invention. Le malade a été conduit à Vanves par un de ses amis, le colonel X...

La consultation, en date du 24 mai, a été rédigée à la suite de la visite de M. le professeur Charcot à la maison de santé. L'état de M. Seillère, à ce moment, y est exposé avec détails. Ce qui frappe les médecins consultants, c'est l'indifférence du malade sur sa situation, son intarissable loquacité, une attitude, une manière d'être générale qui n'est pas celle d'un malade de fraîche date : ils expriment l'opinion que le baron pourrait bien avoir eu déjà des accès du même genre; ils insistent sur la nécessité de l'isolement dans une maison de santé spéciale. et la considèrent comme la seule mesure qui puisse sauvegarder le malade contre les entraînements auxquels il est incapable de résister.

Le même jour, 24 mai, M. le D[r] Laborde constatait, conformément à la loi, l'état mental de M. le baron Seillère et adressait au préfet de police un rapport dans lequel il concluait aussi à la nécessité de l'internement. Plus tard, M. Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du dépôt de la préfecture de police, était envoyé par M. le Préfet qui lui demandait d'urgence un rap-

port. Entre tous les médecins qui ont visité M. le baron Seillère, il n'y a pas eu dissidence dans l'affirmation d'un trouble mental qui, progressivement, a passé de l'excitation maniaque au délire maniaque avec des idées de grandeur incohérentes, contradictoires; on les retrouve dans ses écrits dont M. Motet lit les passages suivants :

« Du 19 *juin* 1886. — Ma généalogie précise, Jupiter et Junon, Confucius, Moïse, Salomon, Jules César. . . . . . Un rejeton apparaît dans le désert, Mahomet, puis moi. A chercher naturellement la filiation de ma famille récente, on trouvera que j'ai, pas très loin, une aïeule de sang maure.

« Je suis le petit-fils de don Juan d'Autriche et d'une fille maure de sang pur de Mahomet, qu'il a faite prisonnière à la bataille de Lépante. Mon instinct m'a fait acheter, il y a trois ans, un bijou souvenir de mon aïeul don Juan, portant une inscription que personne ne comprend. J'étais très à court d'argent et rien n'a pu m'empêcher de l'acheter. Salut et souvenir à mon grand-père don Juan, mon humble respect à ma grand'mère du sang des Purs.

« En traduisant Seillère en espagnol, puis en maure, on aura le nom de ma grand'mère don Juan. Mon nom est celui de la fille de Mahomet, l'unique de sang pur, Cheillire de la Seillire. La logique de ma filiation est bien claire et je porte mon nom francisé qui veut dire en maure : chef, et Mahomet ne l'a pas donné à la légère à sa fille.

« 20 *juin*.— Mohammed eut une seule fille légitime, ma grand' mère, dont je porte le nom. Par un hasard, sa progéniture est faite prisonnière à Lépante par don Juan qui devait avoir quelques traces de sang pur dans les veines. Son affinité lui a fait épouser devant Dieu cette Mauresque, et il n'ose l'avouer à cause du préjugé de religion. Puis moi, dont je vais expliquer l'incarnation et qui résume tous mes ancêtres. Ma vie jusqu'à ce jour est une vie de passion aussi sublime que celle de Jésus, qui, versant son sang pour la Rédemption de l'humanité, paya la faute de ses ancêtres.

« 21. — Les forêts, les produits de la terre, tout cela est faux. Le charbon de terre, c'est nos anciens arbres des forêts enfouis, et en faisant renaître le paradis terrestre que Dieu a changé en désert, vous aurez là la végétation, les légumineuses et les vrais aliments créés par Notre Père pour ceux créés par lui à son image. Tout cela va renaître par Dieu qui se sert de moi comme instrument inconscient et se pliant toujours sans aucune exception comme cela a été l'emblème de ma vie passée comme dans ma vie future pour être le vrai Messie attendu et annoncé depuis la première faute de l'homme créé à son image. Gloria, Gloria, Glo-

ria Dei Patris Noster. Inconsciemment, j'ai été nourri par la manne pure comme mon ancêtre Moïse, etc., etc.

« Marie CHEILLIRE. »

Dans ces écrits, il n'y a plus seulement de l'excitation maniaque : le délire sous forme de délire des grandeurs y apparaît avec les exagérations morbides les plus manifestes confirmant le récit publié par les journaux, de l'entrevue de M. le Préfet de police avec le malade.

M. MOTET, en mettant en relief certains passages de ces écrits, montre que le délire a des racines profondes dans le passé et que si, aujourd'hui on est en présence d'un état aigu, la préparation a été longue. Semblables accidents ne sont en effet que la manifestation d'une lésion déjà ancienne et insidieuse dans sa marche progressivement envahissante.

M. MOTET termine ainsi son intéressante communication :

« Si M. Gaillard, député du Vaucluse, s'était posé en défenseur de la liberté individuelle; son inexpérience, son ignorance à peu près complète de la question qu'il prétendait traiter, eurent été fort excusables. Mais sans autre argument que celui-ci : « On a enfermé un homme qui n'était pas fou, s'il l'est aujourd'hui, c'est qu'on l'a rendu fou », M. Gaillard s'est livré à des appréciations aussi erronées qu'injustes sur des médecins. Peut-être partage-t-il l'opinion de ses collègues qui ont lancé cette phrase : « La plupart des aliénistes sont des aliénés. » Je comprends alors qu'il ait tenu en si pauvre estime les consultations qui ne disaient pas brutalement: M. le baron Seillère est atteint d'aliénation mentale et qu'il en ait conclu que notre malade n'était pas fou.

« Si M. Gaillard, de Vaucluse, veut bien permettre à un aliéniste qui, jusqu'à présent, n'est pas arrivé à un état d'aliénation mentale grave (du moins il l'espère) de lui donner un renseignement d'ordre scientifique, il saura désormais qu'aliénation mentale est un terme très général qui comprend toutes les variétés du genre et qu'un certificat médical disant tout simplement, comme le voudrait M. Gaillard, qu'un homme est atteint d'aliénation mentale, nous paraîtrait insuffisant et nous laisserait tout le diagnostic à faire. Si nous disons excitation maniaque ou dépression mélancolique, si nous y ajoutons quelques détails comme tremblement fibrillaire des muscles de la face, inégalité de la dilatation pupillaire, hésitation dans la parole, cela pourra bien sembler à M. Gaillard, de Vaucluse, aussi amusant que la *sputation fréquente* si heureusement trouvée par Molière. Peut-être cela prendrait-il pour lui plus d'importance, s'il savait que ces « petits symptômes » dont on rit si agréablement à nos dépens, sont pour nous des signes d'une exceptionnelle gravité et nous permettent d'affirmer

que le malade qui nous les présente est atteint d'une lésion cérébrale qui ne pardonne pas.

« Nous ne pouvons pas, nous ne devons pas nous défendre contre des accusations odieuses. Nous n'avons pas le droit de livrer des secrets que nous avons reçus dans l'exercice de notre profession. Nous n'avons qu'une chose à faire, nous conduire comme le conseillait un des vétérans de la presse, M. Ranc, en parlant des affaires d'honneur : « Il n'y a qu'un moyen, disait-il de se tirer d'affaire, c'est de se conduire le plus correctement possible, sans se préoccuper le moins du monde de ce que diront les badauds. »

« J'espère, messieurs, vous avoir donné la preuve que rien dans ma conduite ne prête à une interprétation douteuse. Votre jugement, les témoignages de sympathie et d'estime que vous m'avez spontanément donnés ainsi qu'à mon excellent et si honorable collègue, M. Falret, me suffisent et je vous en remercie. »

M. Falret, après avoir adressé ses remerciements à la Société, expose les craintes que l'état du baron lui inspire. Il vient d'avoir, dit-il, quelques syncopes suivies d'une crise d'excitation très violente accompagnée de perte complète du souvenir. Ensuite il est redevenu ce qu'il était avant, tantôt persécuté, mystique ou ambitieux, mais toujours incohérent. On me reproche de le soustraire à ses visites... mais la maison ne serait pas assez grande pour contenir la foule d'amis inconnus qui se présentent quotidiennement.

Pour vous donner un état de son inconscience, je ne veux vous citer qu'un fait. Le colonel X..., qui l'avait conduit chez moi, étant venu voir son malade, celui-ci l'a déshabillé des pieds à la tête; puis, se déshabillant à son tour, il s'est mis à danser tout nu autour du colonel.

La mobilité de ses idées est telle qu'on ne peut les suivre. Dernièrement il prétendait que la sainte Vierge lui avait recommandé de jeûner pendant quarante jours et il refusa toute nourriture; plus tard il mangea avec avidité, en disant que les quarante jours étaient écoulés.

On comprend combien il est difficile de poser un diagnostic précis. Il peut se faire que le baron Seillère en soit quitte pour un accès d'agitation maniaque simple, mais il faut aussi craindre une paralysie générale peut-être spécifique. M. Falret conclut qu'en tout cas on lui ferait bien plaisir en le débarrassant du malade, qui peut succomber dans une de ses attaques congestives.

M. Garnier a vu deux fois le baron. Entre ses deux visites, le délire s'est considérablement modifié. De soupçonneux et méfiant, il était devenu communicatif et exubérant. Il pense que la syphilis cérébrale chez un fou héréditaire pourrait expliquer les anomalies que présente cet état mental.

M. Voisin se demande si en présence des déraillements de l'opi-

nion publique, il ne serait pas bon de faire choix d'un journal pour y publier une chronique des faits et gestes des aliénés en liberté. M. B.

Séance du 25 *juillet* 1887. — Présidence de M. Magnan.

Du délire chronique. (Suite de la discussion.) — M. Ball rapporte l'observation de deux malades atteints de délire ambitieux d'emblée, sans avoir traversé les étapes successives assignées au délire chronique. Il en conclut que les exceptions à la règle sont très fréquentes et propose ensuite de donner à la maladie le nom de délire des persécutions de Lasègue en souvenir de l'homme qui a décrit le premier la période prédominante du délire, la période des persécutions.

Affaire du baron Seillère. — M. Garnier tient à donner à la Société des explications sur la nouvelle tournure que vient de prendre l'affaire Seillère, il tient surtout à expliquer dans quelles conditions la sortie du malade s'est effectuée, et rectifier ainsi les appréciations malveillantes de la presse. Dans un premier rapport que j'avais été appelé à fournir au Préfet de police sur le baron Seillère, dit-il, j'avais laissé entrevoir la possibilité d'une amélioration rapide. C'est cette amélioration que j'ai constatée dans le rapport ci-dessous rédigé d'après une nouvelle invitation du Préfet à examiner le malade qui a déterminé la mise en liberté du baron. Mais je tiens à le proclamer bien haut pour éviter toute interprétation inexacte, ce rapport résume ainsi la pensée de de M. Falret en ce qui concerne l'état mental du malade :

« Monsieur le Préfet. Depuis la dernière visite que j'ai été appelé à faire à M. Seillère, un changement bien remarquable s'est produit dans sa manière d'être. Je n'ai plus retrouvé l'exalté maniaque, le délirant dont j'avais noté les extravagances, les propos incohérents et les divagations ambitieuses. Il s'est présenté avec des dehors raisonnables et c'est en termes posés et sur un ton tranquille qu'il m'explique que, se sentant guéri, il désire sa mise en liberté et espère qu'on pourra faire droit à sa demande.

« M. R. Seillère a conscience de l'état morbide qu'il vient de traverser; il parle de l'affection cérébrale dont il a subi le choc, en homme qui a la perception des désordres qui en ont été la conséquence. Il ne fait aucune difficulté à reconnaître que, sous cette influence, il a perdu la notion exacte des choses, qu'il n'était plus maître de ses idées et de ses actes, qu'il a été le jouet d'illusions et d'hallucinations nombreuses ; il accorde enfin, avec toutes les apparences de la sincérité, que les mesures prises à son égard, dans le but de le traiter et de le protéger contre des entraîne-

ments irrésistibles et dans un intérêt de sécurité sociale étaient commandées par les circonstances, par la gravité de sa maladie mentale, il est heureux, ajoute-t-il d'avoir rencontré dans l'infortune qui l'a frappé, des médecins aussi bienveillants, aussi dévoués dont les soins éclairés et assidus lui ont été si utiles.

« Fait-on allusion, pour donner à l'interrogatoire une portée plus précise, à certaines interprétations délirantes auxquelles M. Seillère s'abandonnait, tout récemment encore, il convient, confesse que sa maladie a fait de lui, pendant ces dernières semaines un être bien extravagant !... Il demande que tout cela soit oublié puisqu'il n'y pense plus lui-même... Il est certain toutefois que des réserves très grandes sont à faire, quant à la valeur de la rémission qu'il m'est donné de constater dans le laps de temps signalé. La disparition de l'excitation et du délire est, assurément, de date beaucoup trop récente pour qu'on puisse répondre de l'avenir cérébral, même prochain de M. Seillère. On doit craindre que la maladie après un temps d'arrêt plus ou moins long, ne se rencontre, soit sous forme d'un accès similaire, soit pour évoluer d'une manière continue et progressive. Mais la menace d'une rechute ne détruit pas le fait même de la rémission qui s'affirme par des signes suffisamment manifestes, bien que l'équilibre mental reste instable et fragile.

« J'ajoute qu'il serait désirable que M. Seillère fût tenu, autant que possible, pendant quelque temps encore, à l'abri de toutes les causes de fatigue et d'excitation cérébrale ; que sa convalescence se poursuivît dans des conditions de calme, de repos, d'affectueuse surveillance et d'hygiène morale dont il a le plus grand besoin. S'il existe de ce chef des indications spéciales, il convient de déclarer que là ne réside point pour l'administration l'obligation de prolonger un internement que l'intérêt de la sécurité publique n'impose plus...

« 19 juillet 1887. »

Vous le voyez, ajoute M. Garnier, que c'est bien à tort que l'on a parlé de divergences entre les médecins appelés à voir M. Seillère. De même que j'ai partagé l'opinion de MM. Charcot, Decaisne, Laborde et Motet à l'époque de la séquestration du malade, de même, mes honorés confrères auraient été de mon opinion s'ils avaient vu le baron la veille de sa sortie. Entre M. Falret se disposant dans ces derniers jours, comme il le disait lui-même, à laisser sortir son malade pour le faire conduire à la campagne dans un château appartenant à la famille, entre cette manière d'apprécier la situation et mon dernier rapport, il n'y a pas de différence ; je ne vois donc pas pourquoi la presse a cherché à nous opposer l'un à l'autre.

M. Falret. Dans ces derniers jours, une amélioration sensible

s'était en effet manifestée et je me proposais de solliciter pour mon malade une sortie provisoire dans des conditions de surveillance parfaite, destinée surtout à éviter au convalescent certain entourage interlope dont il a été question dans les journaux. D'accord avec la famille, on préparait une installation dans un château lui appartenant, à la campagne, où il eût été placé pour quelques jours sous la surveillance d'un médecin prêt à intervenir en cas d'alerte ; mais je n'aurais pas osé proposer encore une sortie définitive d'un malade dont cependant j'aurais bien aimé à être débarrassé. Au moment où M. Garnier a examiné le baron, celui-ci ne délirait pas, mais peu après le départ de notre confrère, il nous racontait, à M. Cotlard et à moi, qu'il avait, comme les amphibies, la faculté de vivre dans l'eau, grâce à sa double aspiration ; son urine était douée de propriétés curatives surprenantes et il promettait de revenir après sa sortie en faire l'expérimentation sur nos pensionnaires. Ce sont ces faits qui faisaient hésiter M. Falret, médecin traitant, auquel la famille avait confié le malade, devant une mise en liberté immédiate.

M. Motet regrette que M. Falret, qui a soigné son malade avec tant de dévouement, n'ait pas eu la satisfaction de proposer le premier la sortie du malade à l'autorité administrative.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

Séance du 15 juin 1886[1]. — Présidence de M. Lœhr.

Après avoir transmis les salutations des membres empêchés d'assister à la séance, le président fait un rapport sur les travaux de la Société pendant l'année précédente. Il propose que, désormais, le bureau comprenne cinq collaborateurs, dont deux seront secrétaires. La Société élit sur-le-champ MM. Lœhr, Mendel, Zinn, Guttstadt et Moeli, ces deux derniers secrétaires.

M. Ideler. *Folie épileptique. Accusation de banqueroute frauduleuse.* — Il s'agit d'un banquier de Berlin qui, après avoir fait

[1] V. *Archives de Neurologie*, séance du 15 décembre 1885, p. 252.

honneur à ses affaires depuis 1876 jusqu'en 1883, fit à cette dernière époque des spéculations malheureuses qui finirent par amener la catastrophe le 25 février de cette année-là. Après avoir brûlé la plus grande partie de ses livres de commerce, il prit la fuite en emportant 75,000 marks (93,750 fr.). Une enquête effectuée le 2 mars, démontra qu'il ne restait en caisse que 1,000 marks (1,250 fr.) et qu'il avait été dissipé 350,000 marks (437,500 fr.). Peu de jours, après le banquier était arrêté à Munich chez une amie de sa femme. Il se trouvait, d'après la constatation même du magistrat chargé de l'arrestation, dans un tel état d'agitation et de désordre des idées que l'on prescrivit, afin d'éviter une tentative de suicide, de le surveiller dans un local spécial. Son médecin fournit un certificat d'après lequel, lorsqu'il avait pris la fuite, son état mental ne saurait être tenu pour normal. Connu jadis pour un homme d'un esprit solide, d'une raison éprouvée, ce qui était conforme à la réalité du reste, il manifestait depuis quelque temps une propension à la prodigalité, contrastant d'une façon criarde, avec une économie simultanée tout à fait irrationnelle. Achetant sans besoin, sans emploi raisonnable, des objets d'or, des bagues en brillants, des montres de valeur, tandis qu'il faisait contrôler le poids de son pain, il faisait cadeau à sa fille d'une poupée de 75 à 112 fr. 50 en même temps qu'il lui refusait une paire de bottines de rechange, au point de la forcer à demeurer au lit jusqu'à ce qu'on eût réparé la vieille paire. Il s'était affilié également à la société des végétariens. — *Conclusion* : Altération de l'intelligence à la suite de spéculations de bourse. En prison, il est en proie à des attaques épileptoïdes commençant par un cri, puis les poings se ferment convulsivement, la tête se tourne irrésistiblement vers le dos, les yeux deviennent larmoyants. L'accès laisse après lui une perte de connaissance manifeste et un sentiment de profonde lassitude et de grand abattement. Un peu d'élévation de la température. On n'a pas assisté à de véritables convulsions généralisées, mais un matin, au réveil, on a constaté une petite blessure à la tête, ainsi qu'une ecchymose au bras droit. Céphalalgies, surtout à la région temporale gauche : face pâle, sommeil agité. Humeur changeante à tout bout de champ ; impossibilité de suivre un entretien ; désorientation absolue en ce qui a trait aux plus simples rapports de temps et de lieu. Ne s'intéressant à rien, dépourvu d'énergie et d'initiative, ne s'inquiétant aucunement de son avenir, il est parfois agité, en proie à une inquiétude chagrine, versant bruyamment des larmes et soupirant profondément surtout quand on lui parle de sa fille. La mention de sa femme et d'un autre enfant le laisse froid. Interrogé sur l'acte incriminé, il avoue avoir brûlé des papiers, en mettant cela sur le compte d'une angoisse, d'une agitation voisine du délire ; il prétend avoir en même temps ressenti un extrême malaise dans toute

son économie. C'est presque sans y penser qu'il aurait pris le train pour Munich; il ne serait revenu à lui qu'en faisant la rencontre pendant ce voyage, d'un négociant de ses amis. Ce négociant témoigne en effet, que de temps en temps le banquier lui parut très agité, qu'il changeait constamment d'humeur, et se montra très incohérent; il lui fit même remarquer qu'un paquet de billets de banque sortait à même de la poche de sa redingote; c'est alors que le banquier pensa à l'envelopper d'un journal. Les experts conclurent à l'existence d'une perturbation psychique ayant déterminé la perte du libre arbitre, mais ils ne purent répondre unanimement à la question formulée par le président du tribunal. L'accusé est-il capable de soutenir les débats? La cour ordonna un rapport écrit et motivé des experts, afin de décider quel était l'état mental du banquier en 1882, et dans les premiers mois de 1883, c'est-à-dire à l'époque de l'acte incriminé, et quel est son état mental actuel. A cet égard, la fuite de l'accusé est caractéristique. Il ignore comment il est arrivé à la gare, comment il a pris son billet pour Munich; il ne reprend connaissance que lorsque le train est sorti de la gare; il va à Munich dans une famille amie, et là on le voit inactif, inerte, rester étendu sur un sofa, jusqu'à ce que la police vienne l'arrêter. Avant de s'enfuir, il brûle au hasard des livres quelconques et non pas seulement ceux qui le peuvent compromettre sans systématisation, sans falsification spéciale. Il n'a du reste conservé qu'un souvenir sommaire de ce qui s'est passé; il semble qu'il ait rêvé. Il est donc certain qu'il a été en proie à une perte de connaissance pathologique, à la manifestation prolongée d'absences épileptiques. C'est d'ailleurs un individu touché par une tare héréditaire. Quatre de ses frères et sœurs présentent maintes anomalies, maintes originalités psychiques.

Conclusions. — 1° Il est incapable de se rendre compte de la conséquence de ses actes. — 2° Il y a lieu de penser qu'à l'époque de l'acte incriminé, il était atteint d'une perturbation psychopathologique, excluant son libre arbitre. — 3° Il était, selon toutes probabilités, aliéné à la fin de 1882. Ces conclusions furent adoptées par le tribunal. Les événements subséquents ont vérifié le diagnostic.

Discussion. — M. MUELLER. Ce malade m'a été confié pendant l'été de 1884. Quand il est entré il était sous l'influence d'un état d'épuisement somatique et psychique notable; il a depuis présenté, à des intervalles irréguliers des accès d'épilepsie, laissant après eux une longue hébétude. Les anamnestiques démontrèrent que, pendant son service militaire, il avait fait une lourde chute de cheval et avait été traîné à terre par l'animal. Depuis lors, le pariétal gauche est resté marqué d'une cicatrice sensible

allant, comme une gouttière, du sommet de la tête à la partie antérieure. Depuis cette époque aussi il ressent des bourdonnements dans la tête qui lui enlèvent le sentiment, et le torturent constamment. A l'ophtalmoscope, on constate, du côté gauche, une atrophie concentrique de la rétine; le champ visuel est diminué latéralement; engourdissements dans les mains et les pieds; démarche incertaine, parole anxieuse avec bégaiement. Diagnostic. Affection organique du cerveau, par inflammation de la table interne et des méninges. Les accidents épileptiformes durent encore; le dernier, observé le 16 avril, est manifestement d'origine cérébrale. Le patient a récupéré ses facultés et son calme.

M. Ideler. Au début, j'avais pensé, d'après la manière d'être du malade, à un commencement de paralysie générale.

M. Jastrowitz. A-t-on abandonné l'action judiciaire?

M. Ideler. On l'a suspendue.

M. Jastrowitz. Au moment de la catastrophe, son frère, qui était son associé, mais que le public avait qualifié du sobriquet d'Abruti, s'est fait recevoir dans une maison de santé en accusant des malaises psychiques mal déterminés. Il paraissait vouloir qu'on le considérât comme aliéné. Mais j'avais souscrit à sa détention.

M. Falk. La question relative à la capacité pour un individu donné de soutenir des débats judiciaires n'a rien de médical. Quand je ne puis m'éviter d'y répondre, exactement comme lorsque je ne peux me dispenser de répondre à la question de responsabilité, je décris l'ensemble de l'état mental, en insistant plus particulièrement sur la sensibilité morale, le jeu de l'humeur, et le discernement, laissant aux juges le soin de conclure. S'il est de prime abord certain que les maniaques ou les simulateurs agités semblent incapables de soutenir les débats, il est d'autres aliénés desquels on ne peut en toute certitude en dire autant.

M. Ideler. Tel n'est pas mon avis. Le spécialiste devant les juges a pour mission de déterminer si un aliéné, sur l'état mental duquel il s'est formé un jugement, est ou non capable de participer aux débats. Le banquier en question était complètement affaibli intellectuellement, il était incapable de suivre des débats, de soutenir des arguments contradictoires, parce qu'il ne possédait pas un discernement bien net sur sa situation, sur les conditions dans lesquelles il se trouvait placé; aucune conscience de ses actes; il était encore sous l'influence des éléments morbides qui lui avaient ravi, à l'époque où il avait commis l'acte qu'on lui reprochait, la liberté volontaire, le libre arbitraire.

M. Jastrowitz. Evidemment celui-là seul est capable de particiciper aux débats qui peut saisir la réponse aux questions qu'on lui adresse et la portée des accusations. Les juges englobent dans

le terme posé plus haut la faculté de comprendre et celle d'émettre des propos intelligibles, quand par exemple un aliéné doit être appelé comme témoin. C'est alors qu'il convient d'ouvrir l'esprit des juges au domaine psychopathologique, et de leur indiquer dans quelle mesure ils doivent accorder créance aux assertions du malade : ainsi, en présence du baragouin des simulateurs, nous devons dire qu'il ne s'agit pas là des symptômes de l'aliénation mentale. Les débats relèvent du magistrat.

M. Edel. Je rappellerai le procès Zœmisch qui a eu un certain retentissement il y a environ deux ans. Huit spécialistes ont été commis. Ceux qui tenaient l'accusée pour aliénée, ont demandé si elle était capable de soutenir les débats, c'est-à-dire si l'on pouvait discuter avec elle comme avec toute accusée. Six d'entre eux ont déclaré que oui ; un seul de ceux-là a limité cette possibilité à un moment des débats. Deux autres, dont moi, soutinrent que non parce que c'était une aliénée.

M. Wendt. Il faut se borner à expliquer l'état mental en détail.

M. Hans-Lœhr. *Un cas de tumeur cérébrale.* — Une femme de vingt-huit ans, jusque-là bien portante est, depuis le mois de mai 1884, en proie à des accès de céphalalgie et de rachialgie avec vomissements et lassitude durant un jour et se reproduisant à plusieurs semaines d'intervalle. Elle accuse une étude immodérée de la musique : cinq à six heures par jour. En juin 1884, suspension des règles qui ne reparaissent qu'en octobre. Les céphalalgies se sont établies graduellement ; la nutrition a décru. Pendant l'été de 1885, assez fréquemment, vertiges avec battements de cœur, et flammes devant les yeux pendant une minute, remplaçant les céphalalgies. Garde-robes paresseuses, appétit faible, oppression stomacale une heure après les repas. Du 30 octobre 1875, au 10 mai 1886, voici ce que l'on constate : nutrition lamentable, muqueuses anémiées. globes de l'œil un peu proéminents ; égalité des pupilles réagissant bien. Aucune autre anomalie somatique, si ce n'est un pouls accéléré (90-100) ; rien au cœur, rien dans l'urine, grande apathie et indifférence psychiques, fatigue rapide, constantes céphalalgies d'une intensité variable, grande lassitude ; inappétence, puis appétit normal. Tous les deux jours, puis plus souvent et plusieurs fois par jour, perte de connaissance avec pâleur, ronflement, affaissement, sans convulsions ; durée quelques minutes ; puis, plus rien, si ce n'est pendant quelque temps, douleurs au sommet de la tête et à la nuque. Depuis, repos au lit : les syncopes deviennent rares, et ne se produisent qu'en allant aux lieux d'aisances. En novembre, troubles de la vue (perte soudaine de la vue toute passagère), mais non à la suite des pertes de connaissance. En décembre, cécité définitive de l'œil droit ; à gauche demi-acuité avec rétrécissement concentrique du champ visuel ; rétinite :

les deux papilles gris rougeâtres, un peu floues et légèrement tuméfiées sans altération de volume des vaisseaux ; plaques blanchâtres plus ou moins volumineuses sur la rétine, surtout à droite, avec de petites hémorrhagies extrêmement nombreuses ; en un mot, aspect de la rétinite albuminurique. Au milieu de janvier, neuro-rétinte avec papille étranglée. Puis, des deux côtés, développement graduel d'une atrophie du nerf optique, avec cécité absolue, inertie de la pupille à la lumière de même que pour les besoins de la convergence. Aucun trouble de la motilité ; force égale des deux côtés ; intégrité partout de la sensibilité tactile, thermique, douloureuse ainsi que du sens musculaire ; conservation de la sensibilité à la pression sur tout le cuir chevelu, le front, le long de la colonne cervicale et dorsale supérieure, à la région latérale du cou. Intégrité de l'odorat, de l'ouïe, du goût, des réflexes tendineux et cutanés. En décembre, sentiment de paralysie des extrémités droites sans aucune anomalie objective ; sensation constante de chaleur anormale ; aucune modification de la température somatique. Dans les derniers jours de janvier jusqu'au 2 février, augmentation considérable des céphalalgies, sensibilité de la région temporale gauche à la percussion, douleurs uniformes dans les régions frontale et occipitale. Assez souvent douleurs dans la jambe droite, pendant quelques minutes, depuis les orteils jusqu'à la hanche ; augmentation des réflexes tendineux ; le clonus podalique existe des deux côtés, le réflexe plantaire est plus fort à droite, l'excitabilité faradique plus prononcée à droite aussi ; un peu d'hébétude, mais bonne humeur, rires souvent sans motifs plausibles, réponses lentes. Le 2 février au matin, pertes de connaissance courtes pendant deux heures, en même temps, rougeur de la face, forte céphalalgie initiale ; l'accès est suivi de violentes douleurs occipitales et à la nuque. Les jours suivants, accès de forte céphalalgie et de douleurs dans la jambe droite, accompagnés d'accélération du pouls pendant quelques minutes (90 à 100). Le 8 février, la malade s'habille pour la première fois depuis quelques semaines ; elle tombe alors soudain à terre, sa tête se fléchit en arrière ; les yeux sont fixes, immobiles, largement ouverts, les pupilles sont normales ; des deux côtés, le corps est raide et les membres inflexibles ; pas de convulsions ; ronflement ; P., 80 ; rien à la face ; dix minutes après, raideur persistante, fortes convulsions du corps entier mais, surtout des extrémités (chaudes) durant une demi-heure, puis la connaissance reparaît, les céphalalgies s'évanouissent, l'humeur est gaie. Réapparition les jours suivants, des mêmes accès de courte durée, suivis à plusieurs reprises de douleurs dans la jambe droite. Il arrive assez souvent qu'après le retour de la connaissance, la malade mange, mais plusieurs fois aussi elle vomit. Pendant les accès, pas de vomissements. Le 18 février, hypertrophie modérée de la glande thyroïde, indolore du reste ;

bruit systolique indistinct ; P., 100. Les autres jours, apathie, peu d'appétit, répétition des accès sus-décrits. Le 21, assouplissement durant presque tout le jour ; humeur gaie, pleine d'espoir ; elle vomit le soir ; la nuit, céphalalgies. Les jours suivants, règles ; gaîté ; bon appétit sans accidents. Les 27 et 28, six accès de perte de connaissance de dix minutes avec ronflement et légères plaintes. Ces accès sont fréquemment suivis de violents tremblements, surtout dans les bras ; toujours douleurs dans la jambe droite, quelquefois nausées. Dans l'intervalle, grande somnolence, mais humeur amicale. Pas d'élévation de température après les accès. P., 90. Jusqu'au 10 mars, mêmes accès, souvent plusieurs par jour d'intensité variable ; souvent aussi la connaissance ne disparaît pas complètement, mais la patiente gémit, se prend la tête dans les mains, répond quelques mots aux questions qu'on lui adresse ; on constate aussi des tremblements nerveux sans raideur. Dans l'intervalle des accès, fortes douleurs céphaliques, douleurs violentes à la nuque et dans les jambes ; parfois aussi vertiges ; il lui semble qu'elle tombe ou que son lit est obliquement soulevé. Le 12 mars, agitation, rigidité, perte de connaissance avec cri perçant, les yeux largement ouverts et tournés à gauche ; P., 50 ; sept minutes de gémissements, puis retour de la connaissance, fortes douleurs dans la jambe droite, mais la malade n'est pas tout à fait en pleine possession d'elle-même, elle parle à tort et à travers ; elle prend du laitage. Le soir, la connaissance s'efface à nouveau ; raideur, difficulté de mouvoir la jambe et le bras droits. Emission mécanique de mots ; une demi-heure plus tard, tremblement dans les extrémités, surtout à droite, moindre résistance à l'égard des mouvements qu'on veut leur imposer ; la malade s'étire, remue les bras, rit, grimace, répète un tas de mots, ne répond pas, mais dit tout à coup : « Ne vous tourmentez pas » ; un sommeil paisible met graduellement fin à la crise. Les jours suivants sorte d'assoupissement ; P., 90 à 100 ; plusieurs attaques de longueurs diverses ; démarche incertaine et chancelante ; exagération des réflexes tendineux ; aucune anomalie de la motilité ni de la sensibilité ; à plusieurs reprises nausées ; tuméfaction très notable de la thyroïde. L'hypertrophie porte uniformément sur les deux lobes latéraux de la glande qui gagnent le bord des sterno-cléido-mastoïdiens, mais l'organe lui-même est demeuré mou, indolore, même à la pression ; on y perçoit un bruit systolique très net, un peu soufflant. Rien du côté du cœur. P., 90-100. Dans la seconde moitié de mars, les accès sont plus faibles ; souvent au milieu d'un discours ou en mangeant elle s'affaisse brusquement, puis revient à elle et continue à parler ou à manger, croyant avoir dormi ; légers tremblements convulsifs dans les deux épaules et ralentissement du pouls (54). Diminution des accès, des douleurs, bon appétit, bonne humeur ; chants et rires, elle se lève pour faire sa toilette et prendre ses repas ; la

thyroïde diminue de volume. En avril, les attaques syncopales diminuent de nombre et de longueur. Le 10 tremblement par tout le corps; pouls lent et irrégulier ; immédiatement après, vomissements. Depuis, l'appétit est mauvais ; des douleurs se font sentir partout, surtout dans la jambe droite devenue sensible à la pression même légère. La malade dort beaucoup, mais son sommeil est agité ; elle parle beaucoup pendant son sommeil, tandis qu'elle demeure des journées entières hébétée et sensible au moindre bruit ; elle vomit assez souvent. Au début de mai, nouvelle amélioration ; on ne constate ni accès, ni vomissements ; bon appétit, humeur gaie, rarement un peu excitée ; affaiblissement psychique ; nulle part d'anesthésie ; force égale des deux côtés ; réflexes tendineux, phénomène du genou et phénomène du pied vigoureux. Crâne également douloureux à la pression et à la percussion des deux côtés ; rien du côté des urines. Goître peu volumineux. P., 90-100. Nutrition générale sensiblement améliorée ; de novembre à février, la malade a gagné 13 livres; de février en mai, elle a gagné 3 livres ; régularité des époques mensuelles. Elle regagne son pays, la Finlande, le 10 mai. On a utilisé comme traitement : le repos physique et psychique, l'administration de KI jusqu'à la dose de 3 gr. 50, des compresses froides autour de la tête ; la galvanisation du grand sympathique à l'aide de faibles courants lui avait occasionné un accès syncopal. — *Diagnostic :* C'est une tumeur cérébrale car on a constaté des céphalalgies, des attaques épileptoïdes, des troubles d'épilepsie larvée, de l'hébétude, de l'affaissement, enfin des accidents caractérisques dans le fonds de l'œil. Cette tumeur devait siéger à gauche, car les phénomènes enregistrés portaient surtout sur la moitié droite du corps, tandis que la moitié gauche du crâne témoigna à plusieurs reprises d'une exagération de la sensibilité. Cette tumeur n'occupait pas la base puisque les nerfs craniens étaient restés intacts ; par conséquent, elle résidait dans l'hémisphère cérébral gauche. La nature en est inconnue ; la malade n'était certainement ni tuberculeuse, ni syphilitique. Mais, ce qui est singulier et ce qui donne à l'observation un relief particulier, ce sont les symptômes de *maladie de Basedow* (légère exophtalmie, fréquence du pouls, goître hypérémique vasculaire non solide avec souffle) qui se produisent en même temps que les accès ou plutôt en même temps que les accès accompagnés d'hypérémie céphalique, et disparaissent quand revient le calme, ce qui permettrait de se rendre compte de leur genèse, étant donné les connexions entre les vaisseaux de l'encéphale et ceux du corps thyroïde. Quant à savoir si ces symptômes sont une complication ou dépendent de la tumeur cérébrale, on ne saurait en décider encore. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLIII, 4-5.) P. KERAVAL.

XXᵉ CONGRÈS DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ DES ALIÉNISTES DE LA BASSE-SAXE ET DE WESTPHALIE

SESSION DE HANOVRE. — *Séance du 1ᵉʳ Mai 1886.*

M. SNELL est choisi comme président. Secrétaire : M. TANNEN.

M. SNELL. *Du mutisme chez les aliénés.* — La perte de la parole, abstraction faite de l'aphasie, est un accident assez fréquent chez les aliénés; on la rencontre dans l'idiotie, dans la démence secondaire, dans la mélancolie, dans la folie systématique. Les idiots ne parlent pas, parce que leur développement intellectuel ne se plie pas à l'apprentissage de la parole ou ne se prête qu'à un apprentissage rudimentaire. Les déments à la suite de mélancolie sont plus souvent muets que les déments à la suite de manie ou les déments primitifs. Le mutisme des déments est toujours associé à une obtusion psychique très prononcée qui cependant n'empêche pas les occupations mécaniques de ces malheureux. C'est à la même catégorie de faits qu'appartient le mutisme de maints paralytiques généraux arrivés au dernier stade de leur maladie. Le mutisme du mélancolique relève du grand domaine des états cataleptoïdes, de la stupeur, toute stupeur notable s'accompagnant de mutisme. La stupeur, comme l'on sait, peut durer assez longtemps, mais il n'est pas rare qu'elle soit suivie de complète guérison et alors voici ce que raconte l'individu guéri : il éprouvait pendant son mutisme comme une sensation d'arrêt des opérations intellectuelles, un vide psychique, ou bien obéissait à des hallucinations très vives, voire à des conceptions délirantes. Tel malade, par exemple, assiste à des combats qui se livrent autour de lui, tel autre reçoit un ordre qui lui enjoint de ne prononcer aucune parole, de tenir les yeux si fixement fermés que les bords palpébraux s'enflamment. Ceci peut avoir lieu pendant le stade mélancolique de la folie circulaire.

Une malade observée par l'auteur était pendant des mois en proie à un stade d'agitation maniaque excessivement violent, proférant sans cesse des propos incohérents; durant ce stade d'exaltation, l'amaigrissement était considérable, puis survenait un stade de dépression se prolongeant aussi des mois pendant lequel, absolument muette, elle récupérait promptement son embonpoint. Le mutisme est beaucoup plus rare dan

tématiques de la mélancolie. L'auteur rappelle l'histoire de ce malade trouvé près d'Hildesheim[1], sur lequel on ne put découvrir aucune espèce de renseignement, qui séjourna huit ans à l'asile sans prononcer un mot ni un son articulé, s'occupant, travaillant, ne manifestant aucun désordre dans les actes : de temps à autre un léger sourire, de petits mouvements des lèvres indiquaient des hallucinations, mais on n'en pouvait tirer aucun son. Il est probable qu'il était sous l'empire d'hallucinations. A Hildesheim encore, est un aliéné qui depuis neuf ans ne parle pas : âge quarante-deux ans ; aucune tare héréditaire ; c'est un agriculteur marié et père de trois enfants, adonné à la boisson ; à la suite de courtes attaques de perturbation psychique, il demeurait sous le coup d'une aliénation chronique pendant l'été de 1876, et dès lors, calme, fermé, misanthrope, il essayait deux fois de se suicider. Le 10 avril 1877, on l'amenait à l'asile ; les premiers jours, il parlait encore peu, demandait à s'en retourner chez lui, mais depuis il est resté muet. Après quelque dépression, il est devenu gai, bon travailleur, intelligent, écoutant et exécutant sensément ce qu'on lui dit, pratiquant avec beaucoup d'assurance et d'attention le jeu de cartes, mais n'y jouant que par signes. Sa femme est venue le voir une fois ; il ne lui a pas adressé la parole et s'en est détourné. Il est indubitable que ce sont des idées délirantes qui sont le moteur de ce mutisme. Bien des faits semblables sont connus de l'orateur, mais il n'a jamais réussi à trouver le genre des idées délirantes parce que les malades de cette catégorie restent d'ordinaire malades jusqu'à la fin de leur vie.

Bien des fois on constate chez les délirants chroniques un mutisme périodique. Deux exemples en ce moment à Hildesheim. — I. Homme de trente-sept ans de l'est de la Prusse, incendiaire en 1880, qui est devenu fou au bagne après avoir subi six à huit mois de cette peine (idées délirantes religieuses). Amené à Hildesheim en février 1881, il déclare qu'il est un nouveau Messie envoyé par Dieu pour réformer, convertir, punir les méchants. En même temps, idées d'empoisonnement. Hallucinations de l'ouïe et de la vue. Un refus de nourriture pendant trois jours ; le Christ a bien jeûné pendant quarante jours. Il reste de six à huit jours sans parler ; et s'exprime alors par signes : c'est un ordre de Dieu.—II. Homme de trente ans, dans les premiers mois de 1884, idées de persécution avec hallucinations sensorielles. « On l'insulte, on le tourmente avec l'électricité et le magnétisme », il s'est tiré, sans se blesser dangereusement, un coup de révolver dans la poitrine, et prétend que c'est l'électricité qui s'est déchargée sur lui. Depuis le mois d'août, systématisation délirante très mobile, portant cependant toujours au fond sur les

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, séances antérieures.

tracasseries surnaturelles de ses ennemis. Mutisme périodique ayant commencé l'année précédente par des accès de quelques jours; puis le mutisme a duré plusieurs semaines et a fini par se prolonger plusieurs mois. Il refuse d'expliquer les raisons de ce mutisme. Comme ses allures sont commandées par des hallucinations, il est indubitable que son mutisme aussi dépend d'hallucinations.

Conclusions : le mutisme (il n'est pas question ici d'aphasie) dépend : 1° d'un affaiblissement congénital ou acquis des facultés intellectuels ; 2° d'une paralysie de la volonté (mélancolie) ; 3° d'idées délirantes imposant aux malades le silence.

Discussion. — M. Hesse. A vu une malade demeurer sept ans sans parler, puis elle a récupéré la parole pendant trois mois, enfin elle est redevenue muette. — M. Scholz. A vu à l'asile de Brême deux malades ne pas parler; l'un depuis trois ans, l'autre depuis un an. — M. Engelken. Un de ses malades ne parle pas depuis quinze ans ; mais il joue comme tout le monde aux cartes et aux échecs. — MM. Scholz et Snell. Certains individus ne parlent pas afin de simuler.

M. Otto Snell. — *De la coloration des cellules de l'écorce du cerveau à l'aide des couleurs d'aniline.* — Présentation simultanée de pièces. Le traitement consiste : 1° à durcir dans l'alcool ; 2° à effectuer les coupes ; 3° à les faire passer dans une solution aqueuse d'aniline ; 4° à décolorer à l'aide d'alcool et d'essence de girofles ; 5° à monter dans le baume du Canada. On emploie principalement le rouge Magenta de G.-A. Hesterberg, de Berlin, et de G. Grübler, de Leipzig ; le brun Bismarck, la vésuvine, le dahlia. Les écorces cérébrales de divers animaux et celles du même animal à divers âges de son développement exigent diverses substances colorantes. L'écorce cérébrale de l'homme adulte est magnifiquement colorée par le rouge Magenta; celle du nouveau-né donne de plus belles préparations au brun Bismarck qu'au rouge Magenta. La vésuvine agit presque comme le brun Bismarck. On laisse les coupes vingt-quatre heures ou davantage dans la solution aqueuse d'aniline, ou, si l'on veut une coloration rapide, on les chauffe jusqu'à ce qu'il se produise des vapeurs. L'alcool décolore; les cellules restent seules colorées et font relief sur un fond incolore. L'essence de girofles complète l'élection. Après avoir chassé l'essence de girofles par la benzine ou le chloroforme, la coupe est incluse dans le baume du Canada. Si l'on ajoute le baume à la coupe prise dans l'essence sans avoir préalablement fait agir la benzine ou le chloroforme, il se produit un précipité coloré. Il est nécessaire de comparer chaque préparation pathologique à une préparation normale, colorée de même manière et empruntée à des endroits identiques du cerveau.

Dans ce but, l'auteur cherche dans le cerveau normal et dans le cerveau pathologique à étudier deux places se correspondant exactement. Il coupe deux disques de quelques millimètres d'épaisseur, de sorte que ces deux disques coupés dans le même sens, représentent la même partie de la même circonvolution. L'un des disques est marqué pour que l'on reconnaisse l'organe dont il provient par une entaille à la lisière de la substance blanche. Tous deux sont traités à la celloïdine, placés côte à côte sur le bouchon du microtome et orientés comme ils étaient orientés dans le cerveau. Le tout est arrosé de celloïdine et porté dans l'alcool à 80 p. 100. En exécutant des coupes sur cette préparation, on obtient des disques de celloïdine qui chacun contiennent des coupes des deux cerveaux différents se correspondant exactement. On les traite alors par la méthode de Nissl. L'essence de girofle dissolvant la celloïdine sera remplacée par l'essence de bergamotte qui est en même temps moins colorée par les couleurs d'aniline, de sorte qu'elle demeure utilisable pendant un plus long temps et permet de se passer de benzine ou de chloroforme avant l'inclusion dans le baume. L'alcool absolu attaque aussi la celloïdine; on emploiera donc l'alcool étendu, et seulement en dernier lieu et pendant très peu de temps l'alcool absolu, ou bien on placera les coupes dans la situation qu'elles doivent conserver plus tard sur le porte-objet et avant de les mettre en contact avec l'alcool absolu.

Sans doute il n'est pas facile de posséder des cerveaux normaux, car ceux des gens qui viennent de se suicider et de personnes mortes de maladies ne peuvent être tenus pour normaux. L'orateur présente, par comparaison avec un cerveau pathologique, un cerveau provenant d'un homme sain d'esprit et de corps, âgé de trente-six ans, mort d'un coup de couteau qui lui avait traversé le péricarde, l'artère pulmonaire, l'aorte ascendante. Aucune autre anomalie à l'autopsie faite vingt-sept heures après la mort. Le cerveau avait été recueilli dans de la ouate imbibée d'alcool et mis dans l'alcool quelques heures plus tard.

Sur l'invitation du président, M. Hesse fait une petite communication en quelques mots sur le développement ultérieur *des soins donnés aux aliénés dans les familles à Ilten*[1]. Maintenant quatre-vingt-quatre aliénés sont traités dans des familles soit à Ilten même, soit dans les villages environnants. Jusqu'à présent, on n'a confié aux familles que des hommes aliénés et pas plus de deux par famille. Chaque nourricier reçoit annuellement 270 marks (337 fr. 50) par malade. On a grand soin de choisir les malades

[1] Sujet maintes fois exposé dans les *Archives de Neurologie*, aux analyses de la Société, aux revues bibliographiques, à l'étude des rapports médico-administratifs. P. K.

qui conviennent aux familles. Jusqu'ici les expériences faites sur ce terrain sont demeurées extrêmement favorables. On a constamment observé que des malades dont l'intelligence est émoussée qui ne participent pas à la vie extérieure sont avantageusement modifiés par ce système et prennent de plus en plus part aux travaux agricoles de leurs nourriciers.

Discussion. — MM. Scholz et Engelken. A Oberneuland, près Brême[1], on traite de cette manière quatre-vingt-dix malades, aussi bien des femmes que des hommes. Suivant le travail que fournissent les malades, on donne aux nourriciers de 4 à 28 marks (5 fr. à 35 fr.) par mois. Ceux des malades à qui ce traitement ne convient pas sont ramenés dans l'asile fermé. Ici aussi les expériences paraissent favorables quant à l'action des soins de famille sur les malades. — La prochaine séance aura lieu le 2 mai 1887 à Hanovre, hôtel Kasten. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLIII, 4-5.)

P. Keraval.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES RUSSES A MOSCOU

(*Suite et fin*[1].)

XV. M. Boutzké a lu sa communication « *sur la législation de l'assistance des aliénés* ». Notons quelques propositions relatives au placement des malades : la famille a le droit de soigner un parent aliéné comme bon lui semble à condition que le traitement soit dirigé par un médecin spécialiste ; dans le cas contraire, l'intervention de la police est nécessaire. De même, l'administration doit intervenir pour un aliéné placé dans une maison de santé particulière si sa maladie prend une marche défavorable d'où il pourrait résulter un danger quelconque pour lui-même ou pour son entourage. Le placement des malades dans les établissements publics doit s'opérer par les directeurs de ceux-ci, sous leur propre responsabilité. Une simple demande des parents ou du malade lui-même doit être suffisante pour l'admission. Le directeur de l'établissement doit avoir le droit de rejeter toute demande de placement mal fondée, même lorsqu'elle est adressée par une autorité officielle. Toute personne honorable ou fonctionnaire de l'État peut, sans mandat spécial, contrôler toutes les

[1] Voy. les *Archives de Neurologie*, Sociétés, analyses, varia, notamment le rapport de M. Lœhr publié dans le tome XII.

affaires d'un établissement psychiatrique. La liberté absolue doit être accordée aux parents qui désirent l'élargissement de leur membre de famille interné dans une maison de santé publique ou privée.

XVI. La communication suivante traitant « *de la situation des aliénés en Sibérie* » est intéressante par l'étiologie du développement progressif des maladies mentales dans ce pays. Pour l'auteur de ce travail, M. Briantzoff, ce triste envabissement serait dû tout d'abord à ce que ce pays présente une sorte de cloaque dans laquelle la Russie européenne rejette tout ce qu'elle possède d'inutile, de criminel et de psychopathique. Mais à côté de cette cause, assez fondée du reste, il faut compter avec l'alcool dont la consommation dans le gouvernement d'Irkoutsk, par exemple, a pris des proportions gigantesques, car par an et par chaque habitant, y compris les enfants en nourrice, les femmes et les vieillards, on est surpris d'arriver à une moyenne de 18 litres de *vodka* (eau-de-vie), et dans la ville même d'Irkoutsk, on compte un marchand de cette boisson sur 241 habitants. L'auteur note encore comme cause du développement des psychoses le crétinisme qu'on rencontre sur les bords du fleuve Léna et sur ceux de l'Ouda.

XVII. M. Korsakoff a lu sa communication « *sur le no-restraint* ». Dans un historique succinct de la question, l'auteur a démontré que ce principe dont la première application a été faite en France par Pinel s'est prononcé dans son développement ultérieur par la disparition de la coercition sous toutes ses formes dans le traitement des maladies mentales et est allé même jusqu'au « *open door system* ». L'utilité du système *no-restraint* est incontestable dans les maisons de santé d'un nombre normal de malades, présentant des conditions matérielles suffisantes et une surveillance médicale très active. Dans le cas contraire (et ce cas est malheureusement celui qui se présente le plus souvent), il n'y a pas moyen de se passer de la camisole, mais il est de toute nécessité que celle-ci soit mise d'après l'ordonnance du médecin lui-même et que la cause de cette mesure coercitive avec la durée de l'application soit inscrite dans un livre spécial. En réponse à cette communication, M. Ragosine a fait remarquer qu'il est difficile d'exiger du personnel un dévouement en rapport avec ce système.

Etant données les conditions matérielles très peu lucratives dans lesquelles l'administration tient ses employés, il faudrait tout d'abord améliorer autant que possible leur situation. M. Rosenbach a raconté qu'il a vu lui-même l'emploi de la camisole dans les meilleures maisons d'aliénés d'Angleterre, ce pays classique du « *no-restraint* » de même qu'à la « Charité » de Berlin et dans beaucoup d'autres cliniques européennes. La camisole, a dit cet orateur, doit-être considérée comme un moyen curatif, et les mé-

decins les plus humains l'emploient sans craindre d'être accusés de dureté. Beaucoup d'autres spécialistes ont émis leurs opinions sur cette question délicate, et presque tous ont affirmé que dans chaque établissement d'aliénés, il existe assez souvent des moments où la camisole est absolument nécessaire dans l'intérêt des malades eux-mêmes (tendance au suicide, onanisme, affections chirurgicales, etc.).

XVIII. M. Botkin a démontré dans son rapport « *sur la loi des aliénés en Russie* » les côtés faibles de la législation et a attiré l'attention du congrès principalement sur les mots vagues « folie » et « démence » par lesquels la loi désigne toutes les formes de l'aliénation mentale.

XIX. M. Levenstein dans son rapport « *à propos des quelques articles de la législation russe sur les aliénés* » se plaint de l'insuffisance du système d'examen médico-légal exigé par la loi.

XX. La communication de M. Tscheschott traite la même question d'examen des aliénés au point de vue de la tutelle.

Le Congrès nomme une commission composée de MM. Botkin, Boutzké, Korsakoff, Litvinoff et Konstantinowsky pour étudier cette question de législation et présenter les conclusions au prochain Congrès.

XXI. Dans une monographie sur le même sujet, M. Konstantinowsky expose l'histoire complète de la législation russe sur les aliénés et adresse ensuite une critique sérieuse à la loi actuelle. Parmi les conclusions de l'auteur, nous noterons les deux suivantes. Il insiste sur la nécessité de faire disparaître les maisons d'aliénés particulières voyant dans leur existence une source d'un grand nombre d'injustices qui peuvent se commettre. Ensuite il exige que le placement des aliénés se fasse sous un double contrôle actif : celui du parquet et celui de médecins.

Cette dernière proposition mise aux voix a obtenu du Congrés un accueil complètement défavorable. Le Congrès estime que l'examen médical seul est complètement suffisant.

XXII. M. Roté communique ses « *données historiques et statistiques sur les aliénés en Pologne* ». L'assistance des aliénés en Pologne doit être étudiée à trois périodes bien distinctes. La première antérieure à l'année 1650, époque à laquelle les religieux de l'ordre de St-Jean sont arrivés en Pologne ; la deuxième de 1650 à 1840, année de la publication de la loi sur l'assistance des aliénés ; la troisième période est celle de 1840 jusqu'à nos jours. Dans la période la plus ancienne, la situation des aliénés en Pologne était à peu près la même et aussi défectueuse que dans les autres pays de l'Europe. Au XVIe siècle on trouve en Pologne un secours organisé pour la première fois au profit des aliénés par les frères de l'ordre de St-Jean qui ont construit en 1650 une mai-

son d'aliénés à Varsovie. Plus tard, ces religieux ont fondé des maisons semblables à Lublin, à Krakow et dans d'autres villes encore. L'auteur possède entre les mains, des documents indiquant que les religieux ont commis un grand nombre d'abus et d'injustices dans la direction des établissements d'aliénés. Depuis 1840, la situation en Pologne est réglée comme pour toute la Russie par la « loi sur les aliénés ». Quant aux données statistiques on n'est pas encore arrivé à connaître le nombre exact d'aliénés en Pologne. L'auteur croit que ce nombre s'élève approximativement à 7,500. Leur situation actuelle est éminemment triste, car tous les hospices d'aliénés de ce pays annexé possèdent dans leur ensemble 535 places de façon que sur 14 aliénés qui se promènent en liberté, un seul peut être interné.

XXIII. Mme Tarnovskaia a communiqué au Congrès son étude « *sur la prostitution professionnelle dans ses rapports avec les maladies nerveuses et mentales* ». La doctoresse a fait des recherches anthropométriques d'une part sur 50 prostituées qui n'étaient pas depuis moins de deux à trois ans dans les maisons de tolérance et d'autre part sur 50 paysannes d'origine russe à peu près du même âge, du même développement intellectuel, etc... Il résulte de ces recherches que les prostituées d'habitude présentent une diminution d'un demi-centimètre dans le chiffre des diamètres principaux du crâne antéro-postérieur et transversal maximum comparativement au chiffre moyen des mêmes diamètres chez les paysannes, que les signes physiques de dégénérescence, tels que l'irrégularité du crâne, l'asymétrie de la face, l'anomalie de la voûte palatine, des dents, des oreilles, etc., se rencontrent chez elles en raison de 84 p. 100, que les antécédents héréditaires de ces femmes abondent de conditions favorables pour une marche anormale du développement et même pour son arrêt complet, car dans la grande majorité des cas (82 p. 100) les parents des prostituées ont été reconnus alcooliques. Ces conclusions permettent de croire que ces prostituées doivent donner le contingent le plus grand des personnes prédisposées aux maladies nerveuses et mentales, et cependant, dans aucun pays il n'existe de travaux spéciaux, ni de données statistiques relatifs au nombre de prostituées entrant annuellement dans les maisons d'aliénés. Mme Tarnovskaia fait en conséquence une proposition tendant à faire entrer dans les travaux du Congrès la question de la prostitution et de son importance dans l'étiologie des maladies nerveuses et mentales. La proposition est approuvée par acclamation.

XXIV. Ensuite M. Kandinsky communique « *la classification des maladies mentales* » élaborée par la Société des psychiâtres russes de St-Pétersbourg que nous tâcherons de reproduire textuellement : 1° mélancolie ; — 2° manie ; — 3° folie primitive : *a*) aiguë,

— *b*) chronique ; — 4° démence : — *a*) à la suite de mélancolie, — *b*) à la suite de lésions du cerveau, — *c*) sénile ; — 5° paralysie générale progressive ; — 6° folie hystérique ; — 7° folie épileptique ; — folie périodique ou circulaire ; — 9° délire aigu des alcooliques (delirium tremens potatorum) ; — 10° délire aigu (delirium acutum) ; — 11° imbécillité ; — 12° idiotie et crétinisme ; — 13° cas particuliers qui n'entrent dans aucunes des formes précédentes, tels que morphinisme, etc.

Le Congrès, après des débats peu prolongés, a résolu d'accepter jusqu'à nouvel ordre cette classification qui doit servir à tous les aliénistes russes pour guide dans l'appréciation et la comparaison des différentes données relatives aux maisons d'aliénés de Russie.

XXV. M. RAGOSINE a présenté un schéma des tableaux synoptiques devant servir pour l'inscription de tous les renseignements médicaux, économiques et administratifs qui peuvent présenter un intérêt quelconque pour l'appréciation du fonctionnement d'une maison d'aliénés.

XXVI. M. GREIDENBERG a proposé de sa part un autre schéma remplissant le même but. Une commission a été nommée (MM. Boutzké, Greidenberg, Litvinoff, Steinberg, Ragosine et Maltzeff) pour étudier cette question et élaborer un schéma définitif pour le prochain Congrès.

La dernière séance du Congrès a été consacrée uniquement aux communications concernant les questions scientifiques de la psychiatrie.

XXVII. M. ROSCHÉ lit son étude « *sur l'abus des boissons alcooliques en Pologne comparativement aux autres pays* ». Au cours des dix dernières années on observe une diminution notable dans la consommation de l'alcool en même temps qu'une augmentation dans celle de la bière. Dans les pays de l'Europe qui se trouvent dans les mêmes conditions géographiques et climatériques que la Pologne, chaque habitant consomme en une année 5 lit. 88 d'alcool en moyenne, tandis qu'en Pologne, cette quantité moyenne n'est que de 4 lit. 36. Parmi les aliénés qu'on admet dans les maisons de santé de Varsovie, l'alcoolisme est constaté chez 14,1 p. 100.

XXVIII. M. SOUKATSCHEFF rapporte ses recherches « *sur la conservation des forces appliquées à l'interprétation des phénomènes psychiques* ». Il conclut que les phénomènes psychiques ne sont que des mouvements du protoplasma subordonnés à cette loi générale du mouvement dans la nature : un mouvement partiel se transforme en mouvement de masse et réciproquement. En se fondant sur cette loi il devient possible d'expliquer d'une façon schématique comment les phénomènes psychiques résultent du mouvement

du protoplasma des tissus nerveux et musculaire. Pour l'auteur, les phénomènes psychiques ne peuvent avoir lieu dans le tissu nerveux sans que le tissu musculaire y prenne part en même temps.

XXIX. M. STEINBERG lit son étude « *sur la mémoire* ». La mémoire, dit l'auteur est une fonction de la cellule nerveuse centrale sur la voie de l'arc réflexe. De cette définition — découle l'application de toutes les propriétés des éléments nerveux à l'étude des lois de la mémoire. Les fonctions préparatoires de la mémoire, telles que la faculté de savoir, d'apercevoir, etc., sont soumises aux simples lois physiologiques d'excitabilité et de conductibilité des éléments nerveux-cellules et fibres.

XXX. M. SIKORSKY a fait une communication « *sur la mimique comme élément de diagnostic de l'aliénation mentale* ». La comparaison des photographies d'une personne à l'état de santé et de maladie peut donner des indications positives relativement à la nature et à la période de la maladie. On peut tirer de cette étude comparative des signes d'une réelle valeur pour caractériser certaines formes de la folie telles que la mélancolie avec stupeur; la manie, la dégénérescence psychique, etc.

XXXI. M. VICTOROFF lit ensuite son étude « *sur la personnalité considérée comme un organisme nerveux et psychique* ».

XXXII. La dernière lecture a été faite par M. MALIAREWSKI « *sur l'éducation et la protection des enfants arriérés* ». La cause principale de la dégénérescence sociale c'est l'hérédité pathologique. Pour remédier à la funeste importance de celle-ci il est nécessaire d'instituer des maisons médico-pédagogiques spéciales. L'auteur est le premier en Russie qui a fondé un pareil établissement à St-Pétersbourg fonctionnant depuis plusieurs années. Un rôle prépondérant dans l'éducation est donné aux travaux physiques. La clôture du Congrès a eu lieu le 11 janvier. J. ROUBINOVITCH.

BIBLIOGRAPHIE

II. *De l'apoplexie hystérique;* par Ch. ACHARD. (Th., Paris, 1887.)

Dans ce travail inspiré par M. Debove, l'auteur étudie une manifestation de l'hystérie qui, jusque dans ces derniers temps,

n'avait pas été mise en évidence, bien qu'elle eût été rencontrée déjà par divers observateurs. L'hémiplégie hystérique, dont le début est parfois subit, peut dans certains cas succéder à une attaque franchement apoplectique. Cette dernière entraîne alors une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle qui est le phénomène fondamental et qui présente tous les caractères de l'hémi-anesthésie hystérique, notamment la curabilité par les agents œsthésiogènes. Il importe, tant au point de vue du pronostic que du traitement, de connaître l'existence de ces apoplexies et d'en faire le diagnostic. Tel est l'objet de la thèse de M. Achard.

Dans un premier chapitre sont rassemblés les faits d'apoplexie survenue chez des sujets manifestement hystériques. La nature névropathique des accidents est d'ailleurs démontrée, dans un certain nombre de ces faits, par leur curabilité au moyen des agents œsthésiogènes ou de la suggestion. Dans les autres cas, les signes de l'hystérie se montrent en toute évidence.

Une seconde série d'observations comprend des cas ressemblant à s'y méprendre aux accidents déterminés par des lésions cérébrales ; les sujets frappés n'offrent point à première vue les signes de l'hystérie et le diagnostic de l'apoplexie organique semble tout indiqué. Toutefois l'hémiplégie consécutive à ces apoplexies s'accompagne d'hémi-anesthésie cérébrale et les œsthésiogènes amènent la disparition de tous les troubles moteurs et sensitifs. Dès lors on est en droit de conclure à l'absence de lésion matérielle et à la nature hystérique des phénomènes. A l'appui d'une semblable conclusion est citée une autopsie de Vulpian qui permit de constater l'intégrité complète de l'encéphale. C'est l'hémi-anesthésie avec ses caractères qui, dans les cas de ce genre, a pour le diagnostic la plus grande valeur, car les autres symptômes feraient songer à une lésion, telle que l'hémorrhagie cérébrale. A ce propos nous devons signaler particulièrement les faits qu'on aurait pu rapporter à la syphilis cérébrale et dans lesquels l'application des œsthésiogènes, en l'absence de toute médication antisyphilitique, fit à la fois le diagnostic et le traitement.

Un troisième groupe de faits réunit les apoplexies de l'hystérie symptomatique, c'est-à-dire de l'hystérie qui survient dans le cours des intoxications : saturnine, mercurielle et alcoolique.

C'est le saturnisme qui, dans l'espèce, tient le premier rang parmi ces intoxications. Un certain nombre de cas sont mentionnés dans lesquels l'apoplexie et les accidents consécutifs offraient tous les attributs des phénomènes correspondants observés chez les hystériques vulgaires. Une autopsie négative de Boussi complète la ressemblance avec les faits précédemment examinés.

Après avoir passé en revue les différentes variétés de l'apoplexie hystérique, l'auteur consacre un dernier chapitre au

résumé des caractères qu'elle revêt et des accidents auxquels elle donne naissance. Toutes les formes de l'ictus apoplectique peuvent être réalisées par l'hystérie, depuis le simple étourdissement jusqu'à la grande attaque comateuse.

L'hémi-anesthésie est la règle ; l'hémiplégie peut s'accompagner de contracture d'hémi-chorée et aussi lorsqu'elle atteint le côté droit d'aphasie. La face est parfois déviée, et en pareil cas il y a lieu désormais d'examiner si cette déviation n'est pas due à l'hémi-spasme glosso-labié récemment décrit par M. le professeur Charcot. En somme, cette question de l'apoplexie hystérique offre, comme on a pu le voir, plusieurs côtés intéressants bien mis en évidence par M. Achard. Sans parler de l'existence et des caractères de l'attaque apoplectique ni des accidents qu'elle entraîne et qui forment le sujet principal de son travail, nous devons signaler, comme s'y rattachant d'une façon accessoire, plusieurs questions qui n'y ont été qu'effleurées: nous citerons par exemple l'utilité des agents œsthésiogènes en tant que moyen diagnostique et thérapeutique, la valeur de l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle dans le diagnostic de l'hystérie, l'influence des intoxications sur le développement de la névrose.

Paul Blocq.

III. *Des ophtalmies chez les aliénés;* par Ch. Couderc. (Th., Paris, 1887.)

De sept observations, la plupart incomplètes, M. Couderc conclut que chez certains aliénés chroniques, il se produit des ophtalmies au moment des accès d'agitation. Ces blépharo-conjonctivites disparaîtraient pour se reproduire lors d'un nouvel accès.

P. B.

IV. *Contribution à l'étude de la sclérose latérale amyotrophique* (*Maladie de Charcot*); par M. Florand. (Th., Paris, 1887.)

La thèse de M. Florand, outre un exposé clair et précis de la sclérose latérale amyotrophique, telle qu'elle est aujourd'hui connue, grâce aux travaux de M. Charcot, offre aussi une étude fort intéressante des types moins complets de la maladie, des cas frustes en un mot. L'auteur a passé en revue l'historique, l'anatomie pathologique, les symptômes, l'étiologie, le diagnostic et le traitement. Après avoir rappelé que l'honneur de la découverte d'une atrophie musculaire spéciale revient à M. Charcot qui l'a séparée du groupe confus encore des atrophies musculaires, les observations publiées par M. Joffroy en 1869, la thèse de M. Gombault parue en 1877, enfin le remarquable travail inséré par MM. Charcot et Marie dans les *Archives de Neurologie*, en 1885,

M. Florand indique les auteurs qui ont ultérieurement étudié la sclérose latérale amyotrophique et cite particulièrement M. Déjerine, Vulpian, Kahler et Pick, Kojennikoff et Koth, Friedenreich Leyden, Seeligmuller, Erb. Strümpell.

A l'étude des lésions est annexé l'exposé succinct de l'anatomie normale du faisceau pyramidal qui permet de suivre fructueusement la description de ces lésions. Ces dernières consistent dans une sclérose du faisceau pyramidal avec atrophie des cellules de la substance grise des cornes antérieures. La sclérose succède à un travail inflammatoire comme le prouve l'existence de corps granuleux dans les points atteints ; corps retrouvés par M. Marie dans l'écorce grise et la substance blanche des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, et de là, à travers le centre ovale, la capsule interne, le bulbe, jusque dans la substance blanche des faisceaux latéraux et la corne antérieure de la moelle. — La partie intéressante de cette étude anatomo-pathologique est la localisation possible des lésions sur tels ou tels points du faisceau pyramidal encéphalique, bulbaire ou médullaire, l'un d'eux pouvant, par exemple, être profondément désorganisé tandis que les autres sont encore presque indemnes.

De cette localisation exclusive résulte un groupement de symptômes bien fait pour égarer le clinicien qui n'admet le diagnostic que s'il trouve l'ensemble des symptômes classiques. M. Florand ayant surtout en vue la localisation bulbaire, fort de l'opinion autorisée de M. Charcot et de ses propres observations, prises au reste avec une rigueur scientifique remarquable, affirme l'identité de la paralysie labio-gloso-laryngée avec les symptômes bulbaires terminant souvent la scène dans la sclécose latérale amyotrophique. — L'analogie des symptômes corroborée par l'analogie des lésions impose l'obligation de ne plus voir dans la paralysie bulbaire une entité morbide distincte mais seulement une forme de la maladie de Charcot. — C'est ainsi que l'un des symptômes fondamentaux, paralysie, atrophie musculaire, contracture, pourra faire défaut. La contracture particulièrement manquera parfois en apparence au moins, car elle est toujours représentée par des phénomènes de même ordre qu'elle. Ainsi l'on pourra constater l'existence isolée dans les cas de ce genre, de troubles bulbaires, de la déglutition, de la phonation et enfin de la respiration et de la circulation, ces derniers déterminant la mort par asphyxie ou syncope, coïncidant avec l'exagération du réflexe masseterin, et si l'on voulait attendre le développement de troubles médullaires pour porter le diagnostic on risquerait d'être surpris par le dénouement fatal avant d'avoir pris une décision. — Le diagnostic facile quand tous les symptômes existent sera ardu dans les formes atténuées : le diagnostic différentiel devra

être fait d'avec l'hystérie, la sclérose en plaques, l'atrophie musculaire progressive myélopathique, la myopathie atrophique progressive de Laudouzy et Déjerine, le tabes dorsal spasmodique, la pachy-méningite cervicale hypertrophique. De toutes les causes, telles que traumatisme, froid, syphilis, la plus accréditée est l'hérédité qui serait vraiment déterminante. Les excès vénériens seraient aussi bien des effets que des causes. La sclérose latérale est un type de myélite parenchymateuse et systématisée. Son pronostic est des plus sombres.

Le traitement qui semble avoir le mieux réussi est le traitement révulsif; la médication interne, phosphure de zinc, nitrate d'argent, offre malheureusement bien peu de ressources. L'hydrothérapie et l'électricité sont absolument contre-indiquées lorsqu'on constate déjà une contracture commençante annoncée par des raideurs nocturnes des membres et de l'exagération des réflexes.

P. B.

V. *Contribution à l'étude de la descendance des alcooliques ;* par L. Grenier. Th., Paris, 1887.

L'auteur a recueilli un nombre considérable d'observations à l'appui de cette opinion déjà ancienne que l'alcool est un des agents les plus actifs de la dégénérescence des races. L'influence morbide des parents serait maxima quand la conception a lieu au moment de l'ivresse. Les descendants d'alcooliques de par la déchéance de leurs parents hériteraient tout d'abord une propension à commettre des excès et de plus s'intoxiqueraient plus facilement, mais encore contracteraient de ce fait une tendance aux névroses convulsives en particulier à l'épilepsie, et aux différentes formes de délire. Telles sont les principales données mises assez heureusement en évidence dans ce travail. P. B.

VI. *De quelques troubles cérébraux liés à la dilatation de l'estomac;* par H. Duchon-Doris. Th., Paris, 1887.

Beaucoup de troubles cérébraux sont sous la dépendance de la dilatation de l'estomac et le Pr Bouchard dans ses remarquables travaux sur cette affection avait déjà indiqué ces signes possibles de l'ectasie gastrique. L'auteur insiste surtout sur la mise en jeu chez des prédisposés des phénomènes nerveux par le développement de la gastropathie. Outre un état mental déprimé très fréquent et permanent, on voit survenir divers accidents intermittents: le vertige, les hallucinations, l'insomnie, les cauchemars, la folie, sont parmi ceux-ci les plus habituels. L'influence heureuse du traitement de l'estomac démontre leur corrélation avec la dilatation. La pathogénie de l'apparition de ces troubles est

incertaine. S'agit-il d'intoxication par des ptomaïnes? rien n'est moins prouvé. Il semble plutôt que la dilatation joue le rôle de cause déterminante chez des névropathes.

Il est d'une grande importance au point de vue du pronostic et du traitement de diagnostiquer, la dilatation de l'estomac coïncidant avec des troubles cérébraux, car ceux-ci peuvent disparaître par le simple traitement de l'affection gastrique. P. B.

SÉNAT

DISCUSSION DU PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS

Suite de la séance du mardi 30 *novembre* 1886[1].

M. le Rapporteur. Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. le rapporteur.

M. le Rapporteur. Messieurs, comme le Sénat vient de le voir, cet article est comme une table des matières de toutes les questions qui sont réservées à la réglementation administrative.

Il aurait été peut-être plus opportunément placé à la fin de la loi; mais la commission ne voulant pas s'écarter des textes anciens a reproduit à cette place, qui était celle de l'article 6 de la loi de 1838, cet article qui est formé des articles 9 et 11 du projet du Gouvernement.

Je crois que, à la seconde délibération, nous ferons bien de reporter cet article 9 à la fin de la loi. Je viens de dire la raison pour laquelle la commission l'a laissé à la place qu'il occupe; mais il est évident que la question de la taxe elle-même, n'ayant pas été l'objet d'une délibération du Sénat, la commission ne peut que joindre à M. le ministre de l'intérieur et à M. Lacombe pour demander qu'on réserve le paragraphe.

M. le Président. Il faudrait peut-être mieux, alors, réserver tout l'article, si l'on doit le mettre à la fin de la loi...

M. de Gavardie. C'est évident!

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*. XIII, p. 135, 258, 439 et t. XIV, 135.

M. le Président... Il peut avoir d'autres dispositions de nature à amener de nouvelles modifications.

M. le Rapporteur. Non, monsieur le président, il n'y a lieu de réserver absolument que le paragraphe 5.

M. de Gavardie. Je demande qu'on réserve l'article tout entier, et je demande à donner quelques explications sur ce point.

M le Président. La parole est à M. de Gavardie.

M. de Gavardie. M. le rapporteur vient de répondre lui-même à la question. Il nous a dit : C'est le résumé de la loi; c'est la table des matières de la loi.

M. le Rapporteur. Mais non !

M. de Gavardie. Vous l'avez dit !

M. le Président. Contentez-vous d'exposer votre opinion, et ne donnez pas aux paroles de vos collègues une interprétation qu'ils n'acceptent pas.

M. le Rapporteur. Toutes les questions relatives à la réglementation administrative sont parfaitement déterminées. Il ne reste à statuer que sur cette question importante, traitée dans le paragraphe 5, de la taxe porportionnelle. Sur tout le reste il n'y a pas de délibération à intervenir, et il n'y a lieu, par conséquent, de rien réserver.

M. de Gavardie. Vous avez dit vous-même que cet article était la table des matières de la loi, et M. le ministre de l'intérieur, dont je surveille les mouvements...(Hilarité.) Vous allez voir pourquoi... Je disais que je surveillais les mouvements de M. le ministre de l'intérieur, parce qu'il est en désaccord sur plusieurs points avec vous. Or, M. le ministre vous a dit qu'il était plus logique de réserver l'article tout entier. — Je m'empare de cette autorité. Tenez, messieurs, on a invoqué tout à l'heure l'opinion des médecins et spécialement des médecins aliénistes. Eh bien, voulez-vous que je mette sous vos yeux un passage du rapport du docteur Blanche ? — Voici ce que j'y trouve :

« La loi du 30 juin 1838, inspirée par sentiments les plus élevés d'humanité et de respect de la liberté individuelle, a été un bienfait pour les aliénés. Elle a assuré la protection de leurs personnes et de leurs biens, en même temps qu'elle leur a procuré les soins médicaux dont ils étaient presque complètement privés jusque-là. » « Elle ne mérite pas les accusations dont elle a été l'objet. »

Voilà ce que dit un homme singulièrement compétent. Je sais bien qu'il y a des réserves. Mon Dieu, nous connaissons ces réserves-là ? Les hommes sont si faibles.

M. le Président. Monsieur de Gavardie, il s'agit simplement du changement de place d'un article, et vous recommencez, à ce propos, la discussion générale.

M. DE GAVARDIE. Monsieur le Président, vous êtes chargé de diriger les débats, mais dans une certaine mesure.

M. LE PRÉSIDENT. Mon devoir est d'empêcher les orateurs de sortir de la question, ce que vous faites continuellement.

M. DE GAVARDIE. C'est votre appréciation, monsieur le président...

M. LE PRÉSIDENT. C'est celle du règlement, ce n'est pas la mienne. Vous sortez de la question, et je vous y rappelle.

M. DE GAVARDIE. Oh! je sais bien que c'est la vieille querelle! Mais le nouveau règlement n'est pas encore voté. Messieurs, les abus qu'on veut réprimer par cette réglementation — cette fois-ci je me sers avec intention du mot — par cette réglementation chinoise... (Rires et exclamations à gauche.) Mais oui! Et vous voyez bien que je suis dans la question, monsieur le président. Voilà des règlements d'administration publique qui portent sur tous les détails de cette loi. Eh bien, je dis que cela n'est pas justifié, et voilà pourquoi j'ai le droit de demander qu'on réserve l'article tout entier.

M. LE RAPPORTEUR se dirige vers la tribune.

A gauche. Ne répondez pas! ne répondez pas! (M. le rapporteur regagne son banc.)

M. LE PRÉSIDENT. M. de Gavardie demande qu'on réserve l'article 9. Je consulte le Sénat. (L'article 9 n'est pas réservé.)

M. LE PRÉSIDENT. Quelqu'un demande-t-il la parole sur le paragraphe 1er de l'article 9?... Je le mets aux voix. (Le premier paragraphe est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix les 2e, 3e et 4er paragraphes. (Ces trois paragraphes sont adoptés.)

M. LE PRÉSIDENT. Le paragraphe 5 est réservé. Je mets aux voix les paragraphes 6 et 7. (Les paragraphes 6 et 7 sont adoptés.)

M. LE PRÉSIDENT. Nous arrivons à l'article 10.

Plusieurs voix. A jeudi!

M. LE PRÉSIDENT. Il n'y a pas de discussion sur cet article.

M. DE GAVARDIE. Comment! il n'y a pas de discussion sur cet article! Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. Vous avez la parole, monsieur de Gavardie.

M. DE GAVARDIE. Je demande le renvoi de la discussion s'il doit y en avoir une.

M. LE RAPPORTEUR. Il n'y en aura pas, monsieur de Gavardie.

M. DE GAVARDIE. Il n'y aura pas de discussion? et pourquoi?

M. LE RAPPORTEUR. L'article 10 est la reproduction de l'article 6 de la loi de 1838, dont vous faites l'éloge.

M. LE PRÉSIDENT. Monsieur le rapporteur, laissez M. de Gavardie s'expliquer et ne l'interrompez pas. Vous ne faites ainsi qu'allonger le débat sans aucune utilité.

M. DE GAVARDIE. C'est parfaitement vrai ! (Rires.) M. le Rapporteur me dit que l'article 10 est la reproduction de l'article 6 de la loi de 1838 ; eh bien, je trouve que cette loi est mauvaise sous ce rapport-là ! Je n'aurais pas demandé la modification de la loi de 1838 pour ce simple détail; mais puisque en définitive vous portez sur elle une main téméraire... (Réclamations à gauche.) Mais oui ! Un homme compétent a dit que la loi de 1838 ne méritait pas les accusations dont elle était l'objet; mais puisque vous la remettez tout entière en question, je vais discuter cet article-là. Vous dites : Les règlements intérieurs des établissements publics et privés consacrés aux aliénés sont soumis d'une manière générale, sans aucune espèce de restriction, à l'approbation du ministre de l'intérieur.

Je comprends très bien que lorsqu'un asile privé fait fonction d'asile public, — et vous ne faites pas cette distinction dans votre article, — je comprends que dans ce cas-là, l'asile privé, qui est devenu public à un certain point de vue, soit soumis à la réglementation de M. le ministre de l'intérieur. Mais je dis qu'il est attentatoire à l'inviolabilité du domicile et à l'inviolabilité du principe de la propriété de soumettre la direction d'un asile quelconque à l'approbation préalable de M. le ministre de l'intérieur.

Quand M. le ministre de l'intérieur voudra placer aux frais de l'Etat des aliénés dans cet asile, il interviendra; mais je lui défends l'accès de tout asile où, lui, Etat, n'a pas le droit d'entrer. Je n'ai pas de texte de la loi de 1838 sous les yeux. M. le rapporteur prétend que les termes de l'article 10 sont les termes mêmes de l'article 6 de la loi de 1838; si réellement de la loi de 1838 a été rédigée ainsi, je dis que c'est d'une manière abusive, et je vous demande d'introduire une distinction dans l'article et d'ajouter après le mot « privés », ceci : « faisant fonction d'asiles publics ».

Plusieurs sénateurs à gauche. Aux voix ! aux voix !

M. DE GAVARDIE. Aux voix ! Et mon amendement? (Hilarité.)

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix l'article 10, sous la réserve de l'amendement de M. de Gavardie. J'en donne lecture : « Art. 10. — Les règlements intérieurs des établissements publics et privés consacrés aux aliénés sont soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur. » (La rédaction de la commission est adoptée).

M. LE PRÉSIDENT. Je mets maintenant aux voix la proposition de M. de Gavardie, qui consiste à ajouter après ces mots « établissements publics et privés », ceux-ci : « faisant fonction d'asiles publics ». (L'amendement n'est pas adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix l'ensemble de l'article 10.

M. DE GAVARDIE. Je demande la parole sur l'ensemble de l'article 10.

M. LE PRÉSIDENT. Permettez-moi de vous dire, monsieur de Gavardie, que c'est véritablement de l'obstruction. (Très bien! très bien! à gauche.)

M. DE GAVARDIE. Eh bien, si vous voulez que je vous dise le fond de ma pensée, oui, c'est de l'obstruction que je veux faire! (Protestations à gauche.— A l'ordre! à l'ordre!)

M. LE PRÉSIDENT. Eh bien, je serai obligé de vous rappeler à l'ordre.

M. DE GAVARDIE. C'est la première fois que je prononce cette parole dans cette assemblée...

M. LE PRÉSIDENT. Monsieur de Gavardie, je vous rappelle à l'ordre.

M. DE GAVARDIE. Permettez-moi, monsieur le président, de vous rappeler à l'impartialité. (Nouvelles protestations à gauche.)

M. LE PRÉSIDENT. Et moi, je vous rappelle au respect de l'assemblée dont vous faites partie.

M. DE GAVARDIE. Je respecte cette assemblée dont je fais partie. Il serait vraiment puéril et dérisoire que je voulusse insulter à la dignité d'une assemblée dont j'ai l'honneur d'être membre.

M. LE PRÉSIDENT. Quand on fait de l'obstruction, on ne respecte pas l'assemblée devant laquelle on parle... (Très bien! très bien! à gauche et au centre), et vous avez déclaré que vous en faisiez.

M. DE GAVARDIE. Un homme d'Etat anglais, dont l'autorité n'a pas besoin d'être discutée, M. Gladstone...

M. DE PRESSENSÉ. Assez! assez!

M. DE GAVARDIE. Comment! assez? (Oui! oui! assez! à gauche.) C'est vous, monsieur de Pressensé, un libéral, qui tenez ce langage! vous!

M. LE PRÉSIDENT. Monsieur de Gavardie, vous n'avez pas le droit d'interpeller vos collègues. Je vous rappelle une seconde fois à l'ordre.

M. DE GAVARDIE. C'est M. de Pressensé qui m'a interpellé.

M. LE PRÉSIDENT. Il a fait une interruption, il ne vous a pas interpellé.

M. DE GAVARDIE. Monsieur le président, véritablement, je ne vois pas qu'un mot échappe dans l'improvisation... (Exclamations à gauche.)

M. LE PRÉSIDENT. C'est un faux fuyant; vous avez dit que vous vouliez faire de l'obstruction.

M. DE GAVARDIE. Je le maintiens...

M. LE PRÉSIDENT. Monsieur de Gavardie, je vous ai déjà rappelé deux fois à l'ordre...

M. DE GAVARDIE... et je l'explique.

Un homme d'Etat qui, je crois, a une autorité assez grande pour que M. le président s'incline devant elle, M. Gladstone, a donné raison à l'obstruction irlandaise. Et certes, c'est comme cela qu'il faut comprendre le régime parlementaire. (Rires à gauche.) Oui, messieurs! En d'autres temps, je n'aurais pas dit à cette tribune que je voulais faire de l'obstruction; mais quand on vient violer le principe de l'inviolabilité de la famille, j'ai le droit de faire de l'obstruction, et j'en ferai jusqu'au bout.

Un sénateur à gauche. Allez chez le docteur Blanche!

M. DE GAVARDIE. Je ne recule pas devant des interruptions de ce genre. Celui qui a osé prononcer cette parole que M. le président aurait dû réprimer, celui-là aurait dû me précéder à l'asile du docteur Blanche. (Nouvelles exclamations à gauche.)

M. LE PRÉSIDENT. Vous oubliez que vous avez dit que ceux qui voteront la loi mériteraient d'être placés dans un asile d'aliénés

M. DE GAVARDIE. Vous ne comprenez pas la plaisanterie, monsieur le président. (Rires.)

M. LE PRÉSIDENT. Vous ne comprenez pas davantage celle de votre collègue.

M. DE GAVARDIE. Celle-là a une autre portée. (Assez! assez!)

M. LE PRÉSIDENT. Je vous prie de rentrer dans la question, monsieur de Gavardie.

M. DE GAVARDIE. Vous allez voir que j'y suis. Vous avez vu, messieurs, que dans les articles précédents on faisait une distinction fondamentale entre les asiles privés et les asiles faisant fonction d'asiles publics. Pourquoi?

Mon Dieu! je prends mon bien où je le trouve : c'est l'honorable M. Clément qui m'a donné tout à l'heure cet excellent argument que je regrette qu'il n'ait pas présenté lui-même; il l'aurait fait avec plus d'autorité que moi. Vous savez que M. Clément est un peu plus modéré que moi. Avec ces assemblées si impressionnables... (Hilarité à gauche), — mais oui, vous êtes plus impressionnables et passionnés que moi. Je pourrais vous dire comme Louis XVI : « Mettez la main sur mon cœur, et vous verrez s'il bat plus vite qu'à l'ordinaire »... — Il faut, dans les assemblées, s'habituer un peu à la libre discussion.

M. LE PRÉSIDENT. Monsieur de Gavardie, je vous prie de rentrer dans la discussion de l'ensemble de l'article 10, au lieu de donner des conseils à vos collègues.

M. DE GAVARDIE. Mais, monsieur le président, qu'est-ce que je fais donc, si ce n'est pas de la discussion que je fais? Enfin, messieurs, vous m'avez compris... (Rires), je l'espère du moins, et je vous demande de maintenir les termes de mon amendement.

M. LE PRÉSIDENT. Le Sénat a voté sur cet amendement.

M. DE GAVARDIE. Mais, monsieur le président, on peut le reprendre à propos de l'ensemble de l'article.

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix l'article 10. (L'article 10 est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. « Article 11... »

M. LE RAPPORTEUR. Monsieur le président, la commission, d'accord avec M. le ministre de l'intérieur, demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance.

M. LE PRÉSIDENT. La commission et le Gouvernement demandent le renvoi de la discussion à la prochaine séance. Il n'y a pas d'opposition?... La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance. (*A suivre.*)

VARIA

HOMMAGE AU SURVEILLANT PUSSIN.

Dans la matinée du mercredi 3 août, a eu lieu, à l'hospice de Bicêtre, une double cérémonie, intéressante à plusieurs titres. M. POUBELLE, préfet de la Seine, présidait, assisté de MM. PEYRON, directeur de l'Assistance publique, et BOURNEVILLE, député de la Seine, directeur de l'enseignement de l'Ecole; nous avons remarqué dans l'assistance MM. le Dr Chaslin, médecin de Bicêtre; Imard, inspecteur général de l'Assistance publique; Barbier, secrétaire général; Mourlan, chef de division; Leclère, chef de bureau du service des aliénés; Gallois, architecte de Bicêtre; Ventujol, directeur, et Adancourt, économe de l'hospice de Bicêtre; Labouyerie, directeur de l'hospice des incurables; Guérin, Mauger, les internes en médecine et en pharmacie, et les employés de l'établissement.

Tout d'abord il a été procédé à la distribution des prix aux élèves de l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre. Cette cérémonie terminée, les assistants se sont rendus dans la cour d'entrée de la cinquième division de l'hospice, division consacrée aux aliénés, pour l'*inauguration de la plaque commémorative* érigée en l'honneur du surveillant PUSSIN. Cette plaque, en

marbre noir, a été fixée dans l'endroit le plus apparent, sur l'extrémité nord du grand bâtiment de la 2e section actuelle, décorée de drapeaux entourant le buste de la République, et ornée de cartouches aux initiales R. F. Elle porte, gravée en lettres d'or, l'inscription suivante :

Le 3 août 1887,
Monsieur Poubelle étant Préfet de la Seine,
Monsieur Peyron, Directeur de l'Administration générale
de l'Assistance Publique.
Cette plaque
a été placée en mémoire de
Jean - Baptiste PUSSIN,
Surveillant à Bicêtre.
(Du 27 avril 1780 au 20 mai 1802.)
Appelé par Pinel : son plus fidèle collaborateur
et par Parizet : le précurseur de Pinel.

Le voile qui recouvrait la plaque étant tombé, M. le Préfet de la Seine a pris la parole en ces termes :

« Mesdames, Messieurs,

« Cette inscription est destinée à perpétuer le souvenir de l'un de vos prédécesseurs, qui, entré comme malade dans cette maison, y guérit, s'y attacha au point de ne vouloir plus la quitter et devint digne d'être appelé, par Pinel, « son meilleur collaborateur ».

« Cette estime du savant pour le surveillant modeste n'a rien qui doive nous surprendre : les âmes d'élite se rencontrent à travers la diversité des conditions, et c'est un acte de justice que nous accomplissons en inaugurant, après la statue de l'illustre médecin, cette plaque de marbre, qui vous rappellera que la République sait rendre hommage à tous les dévouements et qu'elle ne distingue pas entre ceux qui ont prodigué leur vie aux souffrants et aux déshérités.

« Jusqu'à Pinel, en effet, tous les malades, sans distinction entre la simple idiotie et la démence furieuse, étaient considérés comme dangereux. C'est ici que Pinel, réagissant contre cette crainte exagérée, fit tomber leurs fers, et cette méthode nouvelle, accueillie avec incrédulité au moment où elle fut instituée, eut pour résultat immédiat de rendre la folie plus calme, les crises moins dangereuses et moins prolongées.

« Lorsque j'eus l'honneur d'inaugurer, à l'entrée de la Salpêtrière, la statue de Pinel, mes recherches personnelles, pour arriver à mieux connaître le grand homme dont je devais prononcer l'éloge, m'amenèrent à découvrir, à côté de lui, J.-B. Pussin, et, tout en reconnaissant la grandeur de l'initiative prise par le

savant, je pensai que le succès obtenu était peut-être dû en partie à cet homme qui, en prodiguant à tout instant, à ces malheureux, ses soins et son dévouement, était, sans doute, parvenu à réveiller un écho dans ces consciences endormies, à se faire aimer de ceux qu'il avait sous sa surveillance.

« Certes, les conditions qu'acceptait votre prédécesseur étaient loin de valoir celles qui vous sont faites : un peu de vin, la table au second réfectoire et 36 francs de gages par an, telle était sa rémunération et tel fut le prix dont, pendant vingt-deux ans, on paya ses services. C'est vous dire que nous ne nous considérons pas comme dégagés par les salaires que nous vous donnons, et, si nous avons réussi à rendre la vie pour vous plus facile et plus sûre, il y a une chose que nous ne prétendons pas payer, parce qu'elle est d'un prix inestimable, c'est la sensibilité, l'abnégation, le dévouement de tous les jours : vertus naturelles chez certains hommes, et qui, dans votre profession, sont des qualités indispensables.

« Pussin suivit Pinel à la Salpêtrière, mais il passa ici les principales années de sa vie et c'est bien dans cette maison que nous devions vous le présenter comme un modèle de chaque instant. Vous n'avez pas attendu cette solennité pour vous inspirer des mêmes sentiments et les récompenses que nous vous avons décernées montrent que vous aspirez à l'imiter. Je ne saurais trop vous répéter que ces malades, ces fous sont susceptibles de comprendre le dévouement qu'on leur témoigne.

« L'éclipse de leur raison laisse percer encore quelques lueurs : ils conservent une certaine justesse d'observation qui leur permet d'apprécier les soins que l'on apporte à leur soulagement. Dans cette fréquentation quotidienne, l'intelligence, même affaiblie, sait reconnaître les sentiments affectueux et les actes de violence sont rares à l'égard d'un infirmier bienveillant. Dans les maisons de fous, il se forme, croyez-le bien, une opinion publique, souvent plus juste que celle que nous rencontrons extra-muros, car elle est fondée sur une observation personnelle et sur l'impression directe des traitements dont chacun est l'objet.

« En inaugurant cette inscription, nous ne voulons pas seulement honorer l'un de vos prédécesseurs, nous entendons aussi vous rappeler les exemples de dévouement, de patience et d'humanité qu'il a donnés. Nous espérons trouver parmi vous des continuateurs de Pussin, qui mériteront d'inscrire leur nom à côté du sien sur les feuillets de pierre du livre que nous ouvrons aujourd'hui. »

La chaleureuse allocution de M. Poubelle a été accueillie par d'unanimes applaudissements et la séance a été levée.

John Gray.

La science médicale a fait une grande perte dans la mort de John Gray[1]. Comme aliéniste, c'était peut-être le plus connu et le plus apprécié de toute l'Amérique. Né de parents américains le 6 août 1825 à Halfruoon, il fit son éducation à l'école commune, à l'Académie de Bellefonte et au Déckenson Collège, et il étudia la médecine à l'Université de Pensylvanie. Il prit ses grades dans ces deux derniers établissements en 1846 et 1848. — Cette même année 1848, il fut nommé médecin résident à l'hôpital de Pensylvanie où il attira l'attention par ses capacités et son zèle. En 1851, il était nommé troisième assistant à l'asile d'Utica, puis deuxième en 1852, enfin premier en 1853. Il avait alors 38 ans. La même année il fut nommé superintendant médical à l'asile de Michigan et fit dresser les plans de l'église de Kalamazoo. — En 1854, il s'établit dans le Michigan et commença sa belle carrière comme superintendant de l'asile d'Utica. Ses travaux comme directeur en chef de l'*Américan journal of insanity*, datent de la même année. Il abandonna le système qui avait prévalu jusqu'alors de confiner les malades dans des cellules noires et solitaires et leur donna l'air et la liberté.

Les études et son expérience le conduisirent bientôt à enseigner que l'aliénation mentale est une maladie dégénératrice, et réclame un régime abondant de l'air, de l'exercice, etc. Les théories attirèrent l'attention sur lui et lui donnèrent une situation prépondérante dans sa profession. Elles furent bientôt adoptées par ceux qui les connurent. En 1857, il avait publié un mémoire plein de recherches et d'idées sur l'*homicide* et la *folie*, et en 1858 il fut nommé médecin consultant de l'asile de l'Etat pour les aliénés criminels à Auburu. En 1868, dans un mémoire sur les *relations de la folie avec la médecine*, il soutint que l'aliénation est une maladie physique et qu'elle ne doit pas être seulement traitée par des spécialistes. Beaucoup de gouverneurs et de législateurs lui demandèrent conseil pour l'aménagement des asiles et des établissements de charité.

Esprit libéral, intègre, plein de fermeté, il unissait la critique à la courtoisie et au courage, et se montra le ferme champion des malades et de l'humanité souffrante. C'était un spécialiste, mais plus encore. Il arriva presque à créer une science et une littérature relative à la folie, et à inscrire son nom en caractères doubles dans l'histoire de la charité publique.

Il avait de grandes facilités pour le travail. Outre la superintendance de l'asile, il surveillait personnellement l'*American journal of insanity*, et publia une série de mémoires en 1871, *La folie dé-*

[1] *The Boston méd. Journal*, 17 mars 1887, p. 267.

pend d'une maladie physique ; en 1873, *Pathologie de la folie;* en 1874, *Vue générale de la folie* et *Pensées sur les causes de la folie.* Cette même année il fut nommé professeur de psychologie et de jurisprudence médicale au collège de Bellevue. En 1876, le collège d'Albany le nomma à la même chaire. Il publia ensuite : en 1876, l'*Hygiène mentale;* en 1877, des *Recherches pathologiques;* en 1878, des *Extraits de lois relatives à l'aliénation,* et un *Mémoire sur le suicide;* en 1880, un travail sur la *Jusquiame en aliénation;* en 1884, l'*Hérédité;* en 1885, un *Rapport sur l'état de science médicale.* On ne peut rappeler ici tous les rapports médico-légaux sur des aliénés criminels qu'il fit à la requête de l'autorité. Outre ses grades universitaires, il reçut en 1874 ses grades du collège d'Hamilton. En 1873, il fut élu membre honoraire de la Société de Fréniatrie italienne; en 1875, membre de la Société médico-psychologique anglaise, et en 1878, de celle de Paris. Il était membre aussi de plusieurs Sociétés scientifiques américaines.

Frappé le 16 mars 1882 par Henry Remshaw, il ne s'était jamais complètement relevé. Il supporta son mal avec courage, quoique ses occupations lui fussent beaucoup plus pénibles. Il les abandonna pendant l'hiver de 1885, puis revint et se remit à travailler, mais au bout de trois semaines il fut pris de bronchite; et finalement mourut de coma-urémique, par suite d'un mal de Bright le 29 novembre 1886. SOLLIER.

LUTHER ET LA MALADIE DE MÉNIÈRE.

Luther, à vingt-sept ans, souffrait de bourdonnements dans les oreilles, et comme il ignorait les sciences physiques, il les attribuait au diable. « Ces mots de dents et d'oreilles dont je souffre, dit-il, sont pis que la peste. Je suis torturé par un bruit et un bourdonnement dans mon oreille, comme si quelque vent soufflait dans ma tête. Le diable y est pour quelque chose. Vous ne savez pas combien est horrible ce vertige. Là, tous les jours, j'ai été dans l'impossibilité de lire une lettre et même deux ou trois lignes des psaumes. Au bout de ces trois ou quatre mots, le bruit recommence et je tombe presque de ma chaise. » Ceci avait lieu en 1510. En 1530, il écrit : « Quand j'essaie de travailler, ma tête est remplie de toutes sortes de bruits, de bourdonnements, de sifflements, d'éclats de tonnerre, et si je ne quitte pas aussitôt mon ouvrage, je m'évanouis ; ces trois derniers jours, je n'ai même pas pu regarder une lettre. J'ai eu une autre visite du diable. Ma maladie est le résultat de la faiblesse ordinaire de la vieillesse, de la tension habituelle d'esprit, et surtout des coups de Satan. Aucune médecine au monde ne pourra la guérir. » Ces bruits étaient si confus dans sa tête et ses oreilles, qu'en 1521 quelqu'un lui ayant donné une boîte de noix qu'il mit dans sa

chambre, il crut que le diable venait les secouer. « Quand j'eus soufflé la lumière et me suis mis au lit, dit-il, il me sembla qu'aussitôt les noix se mirent en mouvement, non seulement en sautant dans le sac, mais encore en se cognant violemment les unes contre les autres, et qu'alors elles vinrent faire du bruit auprès de mon lit. Cependant je n'en pris garde et m'endormis; mais de temps en temps, j'étais réveillé par un grand bruit dans l'escalier, comme si quelqu'un culbutait des centaines de tonneaux les uns après les autres. Je me levai aussitôt, m'écriant: « Est-ce toi, diable ? Soit, je recommande mon âme à Dieu. » Je retournai à mon lit et m'endormis. Une fois à Wittemberg, j'entendis distinctement le diable faire du bruit ; il fit trois fois du bruit dans le grenier, comme si il traînait quelque chose de lourd sur le plancher. Comme il continuait, je rangeai mes livres et allai me coucher. Une autre fois, je l'entendis marcher, mais comme je savais que c'était le diable, je n'y fis point attention et m'endormis. » Une fois, pendant un grand orage, Luther s'écria : « C'est le diable qui fait cela! oh ! comme le diable souffle ! » Et de nouveau il dit : « Les idiots, les estropiés, les aveugles, les sourds, sont autant de personnes chez qui le diable a élu domicile. Tous les médecins qui essaient de guérir ces infirmités comme si elles provenaient de causes naturelles sont des imbéciles ignorants. Ils ne connaissent rien, ni au diable ni à ses œuvres. » (*Medical Record* et *The Americam Practitioner*, vol. III, 5 mars, p. 159.) A. Sorel.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — Nominations : M. le Dr Denizet, directeur-médecin de l'asile du Mans, est nommé en la même qualité à l'asile de Cadillac, en remplacement de M. le Dr Guilbert, nommé directeur-médecin de l'asile de Bordeaux, en remplacement de M. le Dr Deswatines, nommé directeur-médecin de l'asile du Mans, en remplacement de M. le Dr Denizet. — M. le Dr Giraud, directeur-médecin de l'asile de Fains, est nommé en la même qualité à l'asile Saint-Yon, en remplacement de M. le Dr Cortyl, nommé directeur-médecin de l'asile de Bailleul, en remplacement de M. Leblond, retraité (arrêté du 5 juillet). — M. le Dr Girma, médecin adjoint à l'asile Saint-Luc, est nommé en la même qualité à l'asile Saint-Yon, en remplacement de M. le Dr Barandon, mis en disponibilité sur sa demande (arrêté du

28 juillet). — M. le Dr Legrain, ancien interne des asiles de la Seine, est nommé médecin adjoint à l'asile de Vaucluse, en remplacement de M. le Dr Kéraval, mis en disponibilité sur sa demande (arrêté du 6 août).

Personnel des asiles. — Dans son rapport biennal sur l'asile d'aliénés de l'Etat de Kansas à Topeka, le surintendant le Dr B.-D. Eastman se plaint de la difficulté de trouver des infirmiers capables de donner des soins aux aliénés. Cette difficulté vient surtout de ce que les individus qui s'engagent comme infirmiers dans les asiles, font cela comme une occupation temporaire et non avec le désir de se faire une position durable, comme dans la plupart des autres pays. On doit demander des hommes préposés à la garde des aliénés un grand nombre de qualités; il faut qu'ils puissent à la fois les surveiller, et se faire leurs amis et en même temps prendre soin de l'établissement dans les moindres détails. Le rapporteur remarque combien dans la région ces hommes sont rares à trouver, et quel changement incessant on voit dans le personnel des asiles. Mais quand on met la main sur un infirmier consciencieux, fidèle, on l'estime hautement, et « il est assuré d'amasser des trésors, au figuré, si ce n'est matériellement ». (*The N. York méd. Journ.*, 25 janvier 1887.) A. R.

Abolition de la répression corporelle a l' « Alabama Insane Hospital ». — Dans son rapport biennal, le surintendant de cet asile, le Dr Bryce, rend compte des progrès effectués sous ce rapport dans cet établissement, depuis cinq ans. Jamais auparavant on n'avait eu d'aussi bons résultats dans le traitement des aliénés. C'est une exception quand on est obligé d'enfermer dans sa chambre un maniaque ou un excité. Sur 722 malades, pendant l'année dernière, on n'a enfermé que 37 malades dont : 18 hommes et 19 femmes; le nombre total des heures de réclusion a été de 204 pour les premières, et de 326 pour les secondes. Depuis plusieurs semaines, on n'a enfermé ni isolé aucun malade, résultat qu'on n'avait jamais obtenu avec l'ancien système. D'un autre côté, on s'est à peine servi de narcotiques, auxquels, d'après certains médecins, on doit avoir recours, si on n'use pas de moyens de répression avec les aliénés. La quantité de narcotiques administrés, depuis le nouveau système de traitement en usage, a considérablement diminué. C'est ainsi que dans tout l'asile, en une année, on n'a pas dépensé plus de douze grains d'hyoscyamine, que l'on emploie beaucoup en Amérique, comme agent hypnotique.

L'hôpital présente dans son aspect un grand changement caractéristique. Au lieu du bruit, de l'agitation, la méchanceté, la défiance qu'offraient les anciens « restraints », actuellement les malades sont tranquilles, dans leurs quartiers; ils ont l'air heureux, sont confiants et remplis de bonne volonté, en-

surveillants et infirmiers. Toute cette transformation semble due en grande partie à la substitution d'une discipline, naturelle et rationnelle, à l'usage cruel des instruments de coercition. Cette méthode est du reste approuvée et le nombre des restraints diminue de plus en plus dans les hôpitaux bien aménagés. Il n'y a que dans les cas extrêmes qu'on est obligé d'user de répression, lorsque la vie du malade ou des autres est en danger. (*The New-York Med. Jour.*, 15 janv. 1887.) A. R.

La garde des personnes prétendues aliénées. — La loi devrait préciser où et comment une personne qu'on prétend être aliénée et troubler le repos autour d'elle, doit être protégée pendant le délai si peu sagement nécessité par les formalités légales jusqu'à ce qu'elle soit placée dans une asile. Aussi ne sommes-nous pas disposés à presser les praticiens à sortir de leur rôle en aidant les magistrats dans la difficulté de leur conduite dans ces cas. Il serait de meilleure politique et cela conduirait aux meilleurs résultats pour les fous et pour ceux qui ne le sont pas, si on laissait suivre leur cours à ces affaires, de sorte que les défauts de la loi puissent être vus sous leur véritable aspect. (*The Lancet*, février 1887.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Fontan (J.) et Ségard (Ch.). — *Eléments de médecine suggestive, hypnotisme et suggestion.* — Faits cliniques. — Volume in-18 de 306 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, 1887, O. Doin.

François Franck. — *Leçons sur les fonctions motrices du cerveau (réactions volontaires et organiques) et sur l'épilepsie cérébrale*, précédées d'une préface du professeur Charcot. — Volume in-8° de 571 pages avec 83 figures. — Prix : 12 fr. Paris, 1887, O. Doin.

Bitot père. — *Le cervelet participe-t-il à l'exercice de l'intelligence?* — Réponse affirmative, tirée de l'examen des faits d'atrophie cérébelleuse. — Brochure in-8° de 32 pages, Bordeaux, 1887. G. Gounouilhou.

Bourneville, Isch-Wall, Baumgarten, Pilliet, Courbarien et Bricon. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1886 (VIIe volume de la collection). In-8° de XLVIII-258 pages, avec 3 plans, 25 figures et 5 planches glyptographiques. Prix : 6 fr.; pour nos abonnés, 4 fr. — Aux bureaux du *Progrès Médical*, 14, rue des Carmes.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 887.

Vol. XIV. Octobre 1887. N° 42

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

HISTOIRE D'UNE HYSTÉRIQUE HYPNOTISABLE

(CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES CARACTÈRES SOMATIQUES FIXES DES ATTAQUES DE SOMMEIL SPONTANÉES ET PROVOQUÉES CHEZ LES HYSTÉRIQUES);

Par les Drs J. GRASSET, professeur de Clinique médicale, et A. BROUSSE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Parmi les points encore incomplètement élucidés de l'histoire clinique de l'hypnotisme, il en est un qui a un intérêt capital et sur lequel de vives divergences se sont produites dans ces derniers temps : c'est l'étude des *caractères somatiques fixes de l'état hypnotique*. Quel est l'état spontané, naturel, normal, des grandes fonctions du système nerveux, en dehors de toute influence suggestive et de toute éducation artificielle, dans le sommeil provoqué? Voilà la question, grave entre toutes, que les chercheurs contemporains ont résolue très diversement et à l'élucidation de laquelle nous allons essayer de contribuer par l'histoire d'une malade que nous observons d'
que continue depuis trois ans.

C'est incontestablement M. Charcot qui a inauguré l'étude de ce côté de la question et en a révélé l'importance, dans ces belles recherches de 1878 à 1880 qui ont vengé le somnambulisme provoqué des anciennes condamnations académiques et qui ont commencé l'ère scientifique actuelle de son histoire.

L'école de la Salpêtrière a magistralement étudié et décrit les caractères somatiques fixes de ce que l'on a appelé le grand hypnotisme et tout le monde connaît aujourd'hui la description classique des symptômes dans chacun des trois grands états : léthargie, catalepsie, somnambulisme provoqué.

Les recherches se sont alors multipliées et un autre élément a frappé les observateurs plus que tout autre : c'est la suggestion. Et à Nancy en particulier, où ces études ont été poussées avec un grand talent, Liébault, Bernheim et d'autres ont étudié la suggestion avec un soin tout spécial. Il a paru alors à ces médecins que les caractères somatiques fixes n'existaient pas ; tous les symptômes observés dans tous les ordres de fonctions du système nerveux étaient de nature et d'origine purement suggestives ; il n'y avait donc en réalité aucun phénomène somatique fixe, indépendant de la suggestion, dans l'état de somnambulisme provoqué.

C'est ainsi que sont nées sur la question qui nous occupe deux opinions absolument contradictoires et encore inconciliées : d'après l'une, que personnifie l'école de la Salpêtrière, il y a dans l'état hypnotique des caractères somatiques fixes, indépendants de la suggestion, qui sont ceux décrits par M. Charcot pour la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme provoqué.

D'après l'autre, que représente l'école de Nancy, il n'y a dans l'état hypnotique aucun caractère somatique fixe indépendant de la suggestion et antérieur à elle, tout dépend de la suggestion et est commandé par elle.

La malade dont nous allons parler nous paraît pouvoir éclairer le débat. Son histoire nous semble en effet démontrer : 1° contre l'école de Nancy qu'il y a des caractères somatiques fixes indépendants de la suggestion dans certains cas d'hypnotisme; 2° contre l'école de la Salpêtrière que ces caractères somatiques fixes, quand ils existent, ne rentrent pas nécessairement, pour tous les sujets, dans le cadre tracé par M. Charcot pour les trois états du grand hypnotisme; 3° enfin que la nature de ces caractères somatiques fixes, paraît, au moins dans les cas semblables au nôtre, dominée par la nature des crises spontanées antérieures que le sujet a présentées avant toute tentative d'hynotisation. Voici d'abord l'observation détaillée de la malade, pour étayer la discussion qui suivra.

F... (Maria), quarante et un ans, couturière, douée d'un tempérament nervoso-sanguin et d'une constitution assez bonne, a joui d'une bonne santé habituelle jusqu'au début des accidents actuels. Toutefois, nous trouvons dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels, quelques renseignements intéressants.

Sa mère était très nerveuse, elle est restée quatorze ans malade et est morte d'une maladie de poitrine à l'âge de quarante et un ans. Son père, rhumatisant et asthmatique, a succombé à une attaque d'apoplexie à soixante-quatre ans. Elle a deux frères et deux sœurs bien portants.

Quant à elle, elle a une intelligence assez développée, mais une impressionnabilité très grande; gâtée par son père, elle a pris un caractère capricieux et entêté qui certainement n'est pas étranger aux divers incidents de son existence. Réglée à onze ans, le jour de sa première communion, ses règles ont été toujours régulières mais fort abondantes, ayant une durée de quatre à cinq jours et

s'accompagnant de violentes coliques qui l'obligeaient quelquefois à garder le lit.

Pendant la puberté, elle ne présente pas d'accidents chlorotiques, mais elle est sujette à des troubles nerveux (crampes d'estomac, névralgies, etc.).

Mariée à dix-sept ans et demi avec un ouvrier de son père qu'elle n'aimait pas, elle a eu neuf enfants dont sept dans les huit premières années de mariage; cinq de ses enfants sont morts en bas âge, les autres sont vivants et bien portants. Les couches ont été laborieuses et ont nécessité chaque fois l'application du forceps; pendant leur durée, elle restait sans connaissance et accouchait pour ainsi dire, sans s'en douter.

En 1868, à la suite de ses couches, elle eut une ophtalmie de l'œil gauche, qui persista plusieurs années avec des alternatives d'amélioration et de recrudescence. En 1876, l'état de cet œil ayant empiré, elle dut entrer à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où le professeur Gayet lui fit l'iridectomie. Après cette opération, il y eut une amélioration très sensible de la vue; mais deux ans après, nouvelle ophtalmie qui aboutit cette fois à la fonte purulente de cet œil, aujourd'hui complètement vidé.

Depuis l'âge de trente-deux ans, elle n'a plus eu de grossesse. Dès lors, en effet, elle vit séparée de son mari; bientôt même elle prend un amant. Poursuivie pour ce fait, elle est condamnée comme adultère; elle insulte alors ses juges, ce qui fait porter sa peine à trois ans de prison.

Envoyée à la Maison centrale de Montpellier, elle y a une bonne conduite, travaille bien, et ne présente rien à signaler, sinon une grande excitabilité nerveuse. Mais, au mois de juillet 1883, ayant eu une altercation avec la sœur de la prison, elle refuse de se soumettre et est enfermée un mois en cellule: là, elle endure des privations, et son système nerveux, déjà fort impressionnable, subit un ébranlement considérable. Une fois sortie de cellule, elle reste plongée dans un état profond d'anémie qui est encore augmenté par des métrorrhagies abondantes.

Il semble que ce soit sous cette influence que s'est produite la *première attaque de sommeil*, le 22 novembre 1883. F... se trouvait alors à l'infirmerie en traitement pour une hémorrhagie utérine; le matin, au moment de la visite médicale, le Dr Bringuier, médecin de la Maison centrale, la trouve plongée dans un profond sommeil accompagné de contractures de tout le corps et d'anesthésie généralisée, cette attaque de sommeil ne put être interrompue et se prolongea pendant dix-huit heures. Au réveil la malade ne se rappelait rien de ce qui s'était passé pendant son sommeil; elle ne pût pas davantage indiquer la cause provocatrice de cette crise ni les phénomènes qui en avaient caractérisé le début. Mais, à partir de ce moment, des attaques de même genre s'étant

reproduites fréquemment, M. le Dr Bringuier put en étudier tous les caractères en même temps qu'approfondir la nature du sujet et déterminer son aptitude à l'hypnotisation. M. Bringuier a déjà publié[1] le résultat de ses recherches, et c'est à son intéressant mémoire que nous allons emprunter les principaux faits qui suivent.

L'attaque de sommeil quelquefois précédée de prodromes, débute brusquement, la malade tombe sans connaissance: les mains se portent derrière le dos, et les doigts s'entrecroisent avec tant d'énergie qu'il se creuse des empreintes dans la peau; les membres sont en contracture, la jambe gauche est croisée sur la droite, les pieds sont en équin; l'anesthésie est généralisée et complète. Tous les sens sont abolis, à l'exception de l'ouïe: F... entend et répond aux questions qu'on lui fait. Chose remarquable! pendant cet état, la mémoire est plus développée et plus lucide qu'à l'état normal: tandis, en effet, qu'à l'état de veille elle ne se rappelle absolument rien de ce qui s'est passé pendant le sommeil précédent, dans l'attaque de sommeil elle se rappelle non seulement ce qui s'est passé dans les attaques précédentes, mais même les événements de la veille.

La durée de ces attaques est variable: elles se prolongent souvent plusieurs heures et même jusqu'à douze heures, lorsqu'elles ne sont pas interrompues. Mais on peut les interrompre par la compression d'une des zones hystérogènes et ces zones comprennent les régions ovarienne gauche, sous-mammaire et scapulaire droites ainsi que les apophyses épineuses des trois premières vertèbres dorsales. Le réveil se produit, d'ailleurs, plus facilement par la compression de l'ovaire: il se fait avec une certaine lenteur et n'est complet qu'au bout de quelques instants.

Si, pendant l'atttaque de sommeil, on applique sur une partie du corps une pièce de métal, il se produit une trépidation de cette partie, qui se généralise ensuite au corps entier. Ce même résultat est obtenu, si on approche du corps un fort aimant. L'application ou même la simple approche de la main, donne lieu aux mêmes effets.

L'attaque de sommeil se produit spontanément, mais elle peut être *provoquée*. Pour cela, on a recours à l'un des procédés suivants: compression de l'un des points hystérogènes, ou bien emploi des moyens d'hypnotisation, tels que la vue d'un corps brillant, d'une vive lumière ou la fixité du regard. Ce dernier procédé a une grande action sur la malade, il produit l'attaque presque instantanément. L'attaque peut aussi être déterminée par l'impression de tout ce qui frappe l'imagination de la malade, et cette influence morale s'exerce avec la plus grande facilité. Le même

[1] *Notes cliniques sur l'hystéro-épilepsie.* (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Montpellier*, 1886, p. 122.)

effet est produit par l'influence de certaines odeurs, telles que le castoréun, l'éther, la valériane et surtout le musc. Par quelque influence que l'attaque de sommeil soit provoquée, elle se présente toujours avec les mêmes caractères que l'attaque spontanée.

En dehors des attaques de sommeil, M. Bringuier a observé, mais plus rarement, de grandes attaques d'hystéro-épilepsie. Enfin, pendant l'état de sommeil, F... est susceptible de *suggestion :* si, en effet, on lui donne alors un ordre, en lui fixant le moment où il devra être exécuté, elle ne manque pas d'obéir, bien que personne ne lui rappelle cet ordre et qu'elle paraisse l'avoir complètement oublié. Son action, dans ce cas semble inconsciente et paraît analogue à celles qui se produisent dans le somnambulisme. Mais, l'acte accompli, F... tombe immédiatement dans l'attaque de sommeil.

Parmi les traitements mis en usage, M. Bringuier essaya l'hydrothérapie, mais il fallut y renoncer ; la malade s'endormant au moindre contact de la douche sur une des régions hystérogènes. Elle s'endormait aussi dans le bain tiède. Tels sont les principaux phénomènes observés chez F.. par M. Bringuier pendant son séjour à la Maison centrale.

Sa peine terminée, F... quitte la Maison centrale et entre le 4 juin 1884 à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, dans le service de la Clinique médicale, dirigé alors par M. le professeur agrégé Mossé, et où il nous est donné de l'observer. Elle se présente dans un état profond d'anémie, lié à la répétition des métrorrhagies; et pourtant on observe chez elle une hypérémie très prononcée de la face. Elle mange très peu sans cependant maigrir. Elle est très sujette à la céphalalgie et aux vertiges.

L'examen des organes génitaux n'a permis de découvrir aucune lésion organique pouvant expliquer les hémorrhagies utérines; celles-ci doivent être très probablement attribuées, étant donné l'âge de la malade, à l'approche de la ménopause.

En dehors des attaques de sommeil, sa sensibilité, tant générale que spéciale, est parfaitement normale. Elle accuse une faiblesse particulière dans le côté droit, côté où paraissent prédominer les points hystérogènes; mais il n'existe aucune trace de parésie dans ce côté. Les attaques de sommeil ne tardent pas à se reproduire et présentent les caractères précédemment signalés. On les provoque de même par la fixation du regard ou la compression des zones hystérogènes (ovaires, régions sous-mammaire et scapulaire droites), que l'on pourrait appeler pour cela zones *hypnogènes.*

L'attaque provoquée peut être analysée avec plus de précision que l'attaque spontanée; voici ce qu'on observe : d'abord, si la malade est debout ou assise, elle tombe, puis les yeux se ferment,

les mains se rapprochent, les doigts s'enchevêtrent, les bras s'allongent et les mains se fixent au-devant de l'abdomen (tandis que dans l'attaque spontanée elles se fixent derrière le dos). Les jambes s'étendent et se croisent l'une sur l'autre, toujours la gauche sur la droite. La rigidité est alors absolue, aucune articulation ne peut être fléchie, aucun mouvement ne peut être imprimé aux membres, les doigts sont tellement serrés que leur extrémité est cyanosée; la malade ressemble à une véritable barre rigide. L'anesthésie est absolue et généralisée. On peut traverser la peau avec une épingle sans déterminer la moindre douleur et sans produire d'écoulement sanguin; les sensations de chaleur ou de froid ne sont pas mieux perçues.

Du côté des organes des sens, nous trouvons les paupières fermées et l'œil sain convulsé en haut. L'odorat est aboli, car elle ne sent pas du tout certaines substances comme l'éther, qui lui sont très désagréables à l'état de veille. L'ouïe seule est conservée : elle entend ce qu'on lui dit et répond parfaitement aux questions qu'on lui pose. Quelquefois même, elle parle alors avec une très grande volubilité et raconte certaines choses qu'elle ne dirait pas à l'état de veille.

Pendant l'état de sommeil, si on applique une pièce de métal sur une partie du corps, sur le thorax, par exemple, il se produit, ainsi que l'avait déjà observé M. Bringuier, une trépidation de tout le corps. Mais il n'y a là aucune action spéciale du métal, car on obtient le même effet par l'application du pavillon du stéthoscope ou de la main.

Lorsque la main est appliquée sur le front, il se produit des mouvements désordonnés de la tête qui semble vouloir se débarrasser d'un cercle qui l'étreint; il y a quelquefois même projection du corps à droite, et la malade tomberait si on ne la retenait. L'aimant donne lieu à des phénomènes analogues : si on approche un aimant de Charcot à petite distance d'une partie du corps, il se produit dans cette partie une série de mouvements de translation qui aboutissent en fin de compte à la projection du corps entier vers le côté droit. On peut obtenir les mêmes effets par la simple approche de la main.

Pour réveiller la malade, il faut avoir recours à la compression de l'une des zones hypnogènes, mais de préférence à celle des ovaires. Le réveil ne se fait pas brusquement : avant d'arriver au réveil complet, le sujet passe par un certain nombre de phases très remarquables caractérisées par des positions différentes des membres. D'abord les jambes se décroisent, en même temps qu'il se produit un certain nombre de mouvements de déglutition; puis les mains se séparent, les bras s'élèvent au-dessus de la tête, retombent ensuite en croix, les mains s'étendent et se placent alternativement en pronation et en supination; de nouveau les

bras s'élèvent au-dessus de la tête, les doigts se plient dans la paume des mains, elle frappe alors les deux mains l'une contre l'autre à plusieurs reprises, puis elle les ouvre, les porte sur ses yeux, frotte ceux-ci, les ouvre, se couvre si elle est couchée, boutonne son corsage si elle est habillée, enfin dit bonjour aux personnes qui l'entourent, comme si elle se réveillait d'un sommeil naturel. En arrêtant la compression, on peut fixer la malade dans chacune des positions qu'elle prend avant d'arriver au réveil complet, lequel ne s'obtient que par la persistance de la compression jusqu'au moment où elle se frotte les yeux. Pendant ces diverses phases du réveil, l'anesthésie persiste et ne disparaît que lorsqu'elle ouvre les yeux.

M. Mossé reprend sur F... les expériences de suggestion déjà mises en pratique par M. Bringuier. Nous avons vu que pendant l'attaque de sommeil, elle entend très bien : c'est alors qu'on peut lui suggérer ce qu'on veut lui faire exécuter. Notons tout d'abord que tant qu'elle n'est pas sortie de sa crise, elle ne peut faire aucun mouvement bien qu'elle croie l'exécuter ; il y a, en effet, alors chez elle perte absolue du sens musculaire : si on lui dit : « Donnez la main », elle croit la donner, mais ne bouge pas, ses membres étant fixés par la contracture. Mais ce qu'elle ne peut faire pendant le sommeil, elle l'exécute très bien au réveil. Voici comment on procède : la malade étant plongée dans le sommeil spontané ou provoqué, on lui donne un ordre à exécuter au réveil ; presque toujours elle proteste contre l'ordre donné et dit qu'elle ne l'exécutera pas; puis on la réveille par la compression de l'ovaire. Une fois réveillée, après un moment d'hésitation elle exécute l'ordre et généralement avec beaucoup de précision. Mais dès que l'ordre est exécuté, elle retombe dans son attaque de sommeil; ce qui semble indiquer que l'état dans lequel elle a mis l'ordre à exécution n'est pas le réveil complet, mais plutôt une sorte d'état de somnambulisme.

Les suggestions qu'on peut produire chez F... sont de divers ordres. C'est tantôt l'*exécution d'actes* plus ou moins compliqués; par exemple prendre un chapeau, une canne, une pièce de monnaie et les remettre à un des assistants, etc. Tantôt ce sont des *hallucinations :* on lui fait voir des personnes absentes; non seulement elle les voit, mais encore cause avec elles et s'étonne de ce qu'elles ne lui répondent pas. Tantôt enfin ce sont des *paralysies :* si on lui suggère d'être paralysée d'un bras, au réveil elle se trouve paralysée de ce bras; mais cette paralysie n'est pas simple, elle s'accompagne de contracture et d'anesthésie limitées à ce membre, et souvent aussi de douleurs vives. Quelquefois la paralysie suggérée ne se limite pas au membre désigné, mais elle frappe à la fois les deux membres du même côté, elle affecte alors le type hémiplégique et s'accompagne toujours de contracture et d'anesthésie.

Les suggestions réussissent d'autant mieux que les ordres donnés sont plus simples et qu'ils doivent être aussitôt mis à exécution. Elles réussissent moins bien quand ces ordres sont compliqués et qu'ils doivent s'exécuter à une échéance plus ou moins longue. Ainsi, un jour M. Mossé lui suggère de dérober une pièce de cinq francs, de la cacher sous son traversin et de la rendre le lendemain au chef de clinique; elle exécute bien la première partie de l'ordre, elle prend la pièce, la cache sous son traversin, mais elle oublie de la restituer le lendemain; pour faire exécuter cette seconde partie de l'ordre, il fallut la lui rappeler à plusieurs reprises pendant le sommeil.

Dans l'état de veille, en effet, F... ne se rappelle nullement des ordres donnés pendant l'état de sommeil, alors même qu'elle vient de les exécuter; tout ce qui se passe pendant la période hypnotique reste à l'état de lacune dans sa mémoire. Au contraire, dans l'état de sommeil, elle se rappelle tout ce qui s'est passé dans les sommeils précédents, les ordres donnés, les ordres exécutés; non seulement cela, mais encore les événements qui ont eu lieu à l'état de veille, de sorte que sa mémoire est plus étendue que dans la période de réveil.

Un exemple bien frappant de l'oubli complet au réveil des phénomènes qui se passent pendant le sommeil et pendant l'exécution des ordres suggérés est le suivant : M. Mossé lui suggère un jour qu'elle va voir son mari pour lequel elle a une haine implacable, et qu'elle lui demandera pardon ; elle proteste avec indignation contre un pareil ordre, que l'on maintient malgré ses protestations. On l'éveille, elle se lève et s'apprête à sortir de la salle où elle se trouve, quand tout à coup ses yeux deviennent hagards, prennent une expression de terreur profonde, elle tombe à genoux, s'écrie : « Ah! misérable! » puis est prise d'un véritable accès de désespoir, dans lequel elle s'arrache les cheveux, déchire son bonnet, enfin elle tombe en attaque. On la réveille alors et, au sortir de cette scène dramatique, on la trouve souriante comme d'habitude, et, quand elle aperçoit son bonnet déchiré, elle se demande si ce n'est pas une mauvaise plaisanterie qu'on a voulu lui faire.

Certaines suggestions peuvent s'adresser aux fonctions organiques, dans lesquelles pourtant il semble que l'imagination ne semble jouer aucun rôle. Ainsi M. Mossé suggère à la malade qu'on va la purger avec de l'eau de Sedlitz : on lui fait boire une bouteille remplie d'eau pure et elle va une dizaine de fois à la garde-robe.

Nous croyons inutile d'insister davantage: les exemples que nous venons de citer montrent suffisamment combien F... est accessible aux suggestions de tout ordre. Au bout de quelques jours de séjour, son caractère capricieux ne lui permettant que difficile-

ment de se plier à la discipline de l'hôpital, elle demande à sortir. (25 juin.)

Bien qu'elle ne soit plus à l'hôpital, on peut continuer à l'observer, M. Mossé la faisant venir de temps en temps au laboratoire de la clinique : on apprend ainsi qu'elle a toujours des métrorrhagies abondantes qui l'affaiblissent beaucoup, qu'elle est sujette à de fréquentes attaques de sommeil se prolongeant quelquefois une dizaine d'heures et s'accompagnant souvent de chutes sur le côté droit.

Le 1er septembre, elle allait travailler en journée lorsqu'en passant devant la porte de l'hôpital, elle se sent fatiguée : elle entre alors dans l'hôpital, mais à peine entrée elle tombe en attaque de sommeil. Appelé pour la réveiller, nous lui ordonnons, malgré ses protestations, de revenir le jeudi suivant, 4, à 3 heures et demie du soir, au laboratoire de la clinique.

Le 4, elle arrive à l'heure fixée et à l'endroit désigné, et à peine arrivée tombe endormie. Nous profitons de son sommeil pour lui défendre d'avoir de nouvelles attaques spontanées et pour lui ordonner de revenir le 11 à la même heure.

Le 11, elle arrive à l'heure dite. Un élève qui est chargé de l'observer pendant sa venue la voit marcher imperturbablement droit devant elle comme une véritable somnambule. C'est, en effet, dans un état analogue qu'elle vient ; voici à ce sujet ce qu'elle raconte : soit la veille au soir, soit le matin même du jour où elle doit venir, elle s'endort et ne se réveille que quelques instants avant l'heure de sa venue, juste le temps de s'habiller et de faire la route.

A peine arrivée dans le laboratoire, elle tombe en attaque. Interrogée sur ce qui s'est passé depuis huit jours, elle raconte que, conformément à l'ordre, elle n'a pas eu de crise hypnotique, sauf celle qui a précédé sa venue ; mais à 11 heures du soir, heure à laquelle ces crises se produisent, elle était prise de violents frissons avec tremblement généralisé, à la suite desquels elle se trouvait anéantie, incapable de rien faire et beaucoup plus fatiguée qu'après ses attaques spontanées,

Pendant son sommeil, prenant une feuille de papier blanc, nous lui suggérons qu'il y a là le portrait de M. Mossé et qu'elle le reconnaîtra parfaitement. Nous remettons le papier sur la table, et nous la réveillons par la compression ovarique. Quand elle est éveillée, nous voyons son regard se fixer sur la feuille de papier et quand nous lui demandons ce qu'elle regarde, elle nous répond : « Le portrait de M. Mossé ; oh ! qu'il est ressemblant. » Comme d'habitude elle retombe ensuite dans son attaque spontanée. Nous lui ordonnons alors de revenir dans huit jours à la même heure

et de n'avoir plus ni attaques de sommeil, ni accès de tremblement.

Le 18, elle revient à l'heure fixée. Nous essayons l'action de l'électricité pendant le sommeil et nous pouvons nous convaincre que, si elle est anesthésique, elle a parfaitement conservé sa contractilité électrique: un courant faradique, appliqué sur les muscles de la face, les fait parfaitement contracter.

L'application de l'aimant et de la main, produisent toujours les mêmes effets, que nous avons précédemment signalés. Par suggestion, on lui donne une paralysie du membre supérieur gauche, avec contracture et anesthésie, suivie de l'apparition du Dr Bringuier qui la guérit.

Enfin on lui ordonne de revenir le 26, et dans l'intervalle de ne plus avoir de ces accès de tremblement qui ont remplacé les crises hypnotiques et qui la fatiguent beaucoup.

Le 26, elle revient suivant l'ordre donné. Elles nous apprend que ses attaques habituelles de sommeil l'ont reprise et qu'elle n'a plus eu d'accès de tremblement.

M. le professeur Grasset étant survenu pendant qu'elle est endormie, elle le reconnait parfaitement à la voix et engage la conversation avec lui. On essaie alors sur elle la suggestion *négative:* M. Grasset lui dit qu'une fois éveillée elle ne verra plus M. Brousse qui était là tout à l'heure, qu'il sera parti, mais qu'elle verra M. Mossé. Une fois réveillée, bien que M. Brousse soit devant elle, elle ne le reconnait pas, le prend pour M. Mossé et à ce titre lui adresse la parole. Celui-ci lui ayant répondu, elle reconnait que c'est la voix de M. Brousse, et s'en étonne beaucoup: « D'où vient, dit-elle, que j'entends M. Brousse, que je ne vois pas et que M. Mossé qui est devant moi ne me parle pas. » Cela dit, elle retombe dans l'attaque de sommeil, comme après l'accomplissement de toute suggestion.

Pendant quelle est endormie, nous lui ordonnons de revenir à la clinique le 6 novembre, mais auparavant de se rendre le mardi, 30 courant, chez M. Grasset, à 4 heures et demie du soir; elle proteste beaucoup contre un pareil ordre, dit qu'elle ne l'exécutera pas, mais nous le maintenons énergiquement.

Le 30, nous nous rendons quelques minutes avant l'heure fixée chez M. Grasset, où se trouvent déjà réunis MM. les professeurs Estor, Jaumes, Dumas, etc. A 4 heures et demie précises, F... arrive, et à peine arrivée, tombe endormie. Interrogée pendant son sommeil sur l'endroit où elle se trouve, après quelques hésitations, elle reconnait se trouver chez M. Grasset et dit y avoir été envoyée par M. Brousse. On lui demande comment elle a fait pour venir, elle répond qu'elle s'est endormie le matin au moment d'aller travailler à la journée, qu'elle s'est réveillée juste au moment de venir; ne sachant pas l'adresse de M. Grasset, elle l'a

demandée, on lui a dit, rue Basse, 6, mais dans la rue qu'on lui a indiqué elle n'a pas trouvé ce nom sur la plaque (il venait d'être récemment changé en celui de Jean-Jacques Rousseau); elle arrive pourtant à la porte de M. Grasset, demande l'étage où il loge, on lui dit le second, elle monte l'escalier mais par erreur va jusqu'au troisième; ce n'est qu'en entendant parler au second qu'elle descend à l'étage voulu et sonne.

On la réveille par la compression de l'ovaire : une fois éveillée, elle est tout étonnée de se trouver dans le cabinet de M. Grasset, ne se rend pas même bien compte au premier abord de l'endroit où elle se trouve ; quand on lui demande pourquoi elle est venue, elle répond qu'elle n'en sait rien et s'excuse de déranger M. Grasset.

On répète l'expérience de la suggestion négative, qui réussit parfaitement comme la première fois. Il en est de même pour la suggestion d'une paralysie brachiale droite, laquelle s'accompagne de contracture et d'anesthésie étendue à tout le côté.

Pendant qu'elle est encore endormie, la malade rappelle que lors de sa dernière venue à la clinique, on lui a donné rendez-vous pour le 6 novembre et elle compte le nombre de semaines qui restent à courir jusqu'à ce jour.

Le 6 novembre 1884, plus d'un mois après l'ordre donné, F... arrive, à l'heure qui lui avait été désignée, au laboratoire de la clinique. Dès son arrivée, elle tombe endormie comme d'habitude.

Interrogée pendant son sommeil, elle ne se rend d'abord pas bien compte de l'endroit où elle se trouve, croit être en journée, puis finit par se rappeler qu'on lui avait donné l'ordre de venir. Elle raconte que la dernière fois, lorsqu'elle a quitté, parfaitement réveillée, la maison de M. Grasset, elle a eu beaucoup de peine à retrouver son chemin pour rentrer chez elle; ce qui prouve qu'elle avait oublié le chemin parcouru en venant. Les suggestions d'actes, d'images positives ou négatives réussissent comme par le passé. On lui ordonne de revenir le 15 à 4 heures du soir.

Le 15 novembre, elle revient conformément à l'ordre donné.

Pendant son sommeil, nous lui suggérons d'avoir une paralysie croisée du bras droit et de la jambe gauche; la paralysie croisée se produit parfaitement au réveil et s'accompagne pour chacun des membres de contracture et d'anesthésie. Nous lui ordonnons ensuite d'aller au fond de la salle voisine chercher une pièce de monnaie, qui se trouve sur une table, et de nous la rapporter, et elle l'exécute très fidèlement.

Pendant les diverses phases qui caractérisent le passage de l'état de sommeil au réveil complet, on peut en cessant la compression immobiliser le sujet les bras en croix; si on rapproche alors l'aimant d'un des bras, celui-ci se relève contre la tête.

Une fois réveillée, la malade nous raconte que depuis deux mois elle n'a plus ses règles, qui se sont supprimées à la suite d'un bain froid; depuis lors elle a fréquemment des poussées congestives vers la tête avec obnubilation de la vue. Nous lui prescrivons des pilules de Bontius.

Enfin il lui est ordonné de revenir le 21.

Le 21, elle revient et dès son arrivée tombe endormie. Pendant son sommeil, elle se plaint beaucoup, se dit très souffrante, ne répond que difficilement aux questions qu'on lui pose. Pour la réveiller, il faut une compression de l'ovaire plus énergique qu'à l'ordinaire; le réveil s'obtient péniblement. Une fois éveillée, elle se plaint d'être très fatiguée, d'avoir des douleurs vives dans la tête, de ne pouvoir travailler qu'avec la plus grande difficulté. Il lui est ordonné de revenir le 5 décembre.

Le 24, elle vient spontanément à la clinique pour nous consulter : depuis deux jours, la vue de son œil sain s'est tellement obscurcie qu'elle ne peut plus ni coudre ni lire. Un léger purgatif lui est prescrit, et ces accidents disparaissent au bout de quelques jours.

Le 5 décembre, elle revient, conformément à l'ordre donné antérieurement, et nous la présentons à M. le professeur Dupré. Nous répétons devant lui les expériences déjà faites qui réussissent parfaitement. Puis nous lui suggérons de donner, à son réveil, le bonjour à M. Dupré, qu'elle ne connaît pas et qui se trouve dans la salle à côté. Réveillée par la compression ovarique, elle regarde d'abord si elle ne voit pas autour d'elle la personne qui lui a été désignée ; ne la trouvant pas, elle va dans la salle voisine jusqu'à M. Dupré, auquel elle dit bonjour, et puis tombe en attaque. Il lui ordonne de revenir le 20.

Le 15, elle nous fait appeler : elle est plus fatiguée, elle présente des symptômes d'embarras gastrique compliqué d'une légère bronchite. Nous lui prescrivons un éméto-cathartique. En outre, nous l'endormons pour lui suggérer de ne venir que le 24, au lieu du 20.

Le 24, elle arrive à l'heure fixée. Pendant son sommeil, elle raconte que le 20, se conformant à l'ordre primitivement donné, elle est venue jusque dans la cour de l'hôpital, qu'alors elle s'est rappelée le contre-ordre et est rentrée chez elle où elle ne s'est réveillée qu'à 9 heures et demie du soir. A son réveil, elle s'est aperçue qu'elle dormait depuis la veille et qu'une cafetière qu'elle avait mise alors au feu s'était brûlée. Réveillée, elle dit se trouver mieux et la vue être redevenue plus claire. Il lui est ordonné de revenir le 15 janvier 1885.

Mais par suite de circonstances imprévues, nous la perdons de vue pendant quelque temps; seulement nous apprenons que d'autres médecins qui l'ont vu ont constaté les mêmes phénomènes que nous.

Ce n'est que le 30 mai 1885 que nous la revoyons. Elle nous raconte qu'elle n'a plus d'hémorrhagies utérines; mais elle souffre beaucoup de la tête, sa vue s'obscurcit et elle est sujette depuis quelque temps à de grandes attaques d'hystéro-épilepsie en dehors des attaques de sommeil qu'elle présente toujours.

Nous l'endormons, et nous constatons qu'on obtient toujours chez elle la reproduction des mêmes phénomènes; que les suggestions, tant positives que négatives, réussissent parfaitement. L'exécution de l'ordre suggéré se termine toujours par une attaque spontanée. Nous lui donnons rendez-vous pour le 13 juin.

Le 13 juin, elle arrive à l'heure fixée et tombe endormie en arrivant. Elle paraît très excitée et répond avec volubilité aux questions qu'on lui pose pendant son sommeil. Nous essayons sur elle diverses suggestions.

Nous lui suggérons d'abord d'aller prendre cinq francs dans la poche d'une personne qui se trouve dans la salle à côté et de nous les rapporter; elle proteste avec force contre un pareil ordre, dit qu'elle n'est pas une voleuse, etc.; nous persistons dans notre ordre, et nous la réveillons. Après un moment d'hésitation, elle se lève, va dans la salle à côté à la recherche de la personne désignée, prend cinq francs dans son gousset et nous les rapporte; quand elle nous les a remis, elle tombe en attaque.

Nous lui suggérons ensuite qu'à son réveil elle ne nous trouvera plus. Une fois réveillée, bien que nous soyons devant elle, elle reste plus d'un quart d'heure sans nous voir, bien qu'elle reconnaisse notre voix, se fâche contre ceux qui lui disent que nous sommes devant ses yeux, enfin se précipite sur nous pour voir si nous ne sommes pas cachés derrière et d'où vient notre voix, et tombe.

Puis nous lui faisons apparaître M. Grasset : elle cause avec lui, le questionne, s'étonne qu'il ne lui réponde pas; un élève ayant voulu parler pour lui, elle reconnaît que ce n'est pas sa voix, se fâche, se précipite en avant, et tombe. Enfin nous lui faisons voir sur une feuille de papier blanc la photographie de M. Mossé qu'elle reconnaît parfaitement. Après l'exécution de toutes ces suggestions, nous avons beaucoup de difficultés à la réveiller complètement.

Le 15 juillet, on vient nous appeler pour aller la réveiller dans son domicile. Nous la trouvons en grande attaque d'hystéro-épilepsie, avec phénomènes tantôt de contracture, tantôt de grands mouvements; dans ses diverses attitudes, elle fait souvent l'arc de cercle. Elle est depuis plusieurs heures dans cet état, pousse des cris et a des mouvements désordonnés qui obligent à la maintenir, pour l'empêcher de tomber de son lit. Ce n'est qu'avec beaucoup de peine et par une compression ovarique longtemps prolongée que nous arrivons à la réveiller. Elle nous dit que de-

puis quelque temps elle est sujette à de fréquentes attaques de ce genre, bien que les crises hypnotiques n'aient pas disparu. En outre sa vue s'est beaucoup troublée, au point de lui rendre la couture impossible. Nous lui prescrivons du bromure de potassium.

Depuis cette époque, elle échappe pendant plus d'un an à notre observation, mais nous savons par les médecins (MM. Bringuier et Mossé) qu'elle va consulter de temps en temps qu'elle est toujours dans le même état.

Se trouvant plus fatiguée depuis quelque temps, F... se décide à rentrer le 24 novembre 1886 dans le service de Clinique médicale de M. le professeur Grasset[1].

Elle accuse une grande fréquence des crises hypnotiques qui remplaceraient presque complètement le sommeil naturel. En même temps elle présente des phénomènes congestifs du côté de la tête, s'accompagnant de troubles de la vue, qui lui rend difficile tout travail un peu délicat comme celui de la couture.

Observée attentivement pendant son attaque de sommeil, on voit qu'elle présente absolument les mêmes caractères que ceux précédemment observés, qu'elle s'accompagne toujours de contractures généralisées, que l'ouïe est conservée, que cela permet de lui donner des suggestions pour le réveil, mais qu'il est toujours impossible de lui faire rien exécuter pendant le sommeil; enfin que les phases du réveil, déterminé par la compression d'un des points hystérogènes, sont toujours les mêmes.

En ce qui concerne les points hypnogènes, ils siègent toujours dans les mêmes régions, mais ils sont devenus symétriques; tandis qu'autrefois ils siégeaient plutôt à droite, aujourd'hui on les trouve également des deux côtés, et la compression des régions ovarienne, sous-mammaire et scapulaire gauches détermine le sommeil aussi bien que la compression des régions symétriques du côté droit. Ces points hypnogènes sont en même temps *hypnofrénateurs*, car, une fois le sommeil produit, c'est par leur compression qu'on détermine le réveil.

Nous avons déjà vu que si on cesse la compression avant que le réveil soit complet, on peut immobiliser le sujet dans une des positions qui caractérisent les phases du réveil; pour continuer à produire le réveil, il n'est pas nécessaire de comprimer le même point hypnofrénateur, le réveil se continue par la compression d'un point hypnofrénateur quelconque.

On essaie à plusieurs reprises de lui faire exécuter des actes pendant son sommeil: elle croit toujours les exécuter mais n'en

[1] Rédigé d'après les notes du Dr Sarda, chef de clinique.

exécute aucun. Cela se comprend facilement si l'on se rappelle que dans le sommeil elle est en contracture permanente et ne peut remuer aucun membre. M. Grasset lui ordonne alors plusieurs fois de s'endormir sans contractures; mais on ne peut l'obtenir; une seule fois on obtient qu'elle s'endorme avec les bras allongés le long du corps, au lieu d'être croisés sur la poitrine, mais il y a toujours contracture généralisée.

On obtient par suggestion qu'elle n'ait plus de crises nocturnes et qu'elle dorme d'un sommeil naturel. On obtient de même qu'elle prenne des bains sans s'y endormir, comme cela lui arrivait antérieurement.

Le 20 décembre, M. Grasset lui ordonne de s'endormir l'œil ouvert et en y voyant. Le sommeil est provoqué par un des procédés habituels, mais il est plus long à se produire qu'à l'ordinaire.

En outre, ce n'est pas l'attaque habituelle de sommeil qui se produit, mais une attaque spéciale qui a lieu chaque fois que l'ordre donné n'est pas exécuté ou que la malade est contrariée: dans cette attaque il y a bien perte de connaissance et contracture généralisée, mais les bras sont en croix, le corps est en arc de cercle, de plus il paraît y avoir abolition de l'ouïe et de l'intelligence, car elle ne répond pas aux questions qu'on lui fait. L'ordre de s'endormir l'œil ouvert, répété les jours suivants, donne toujours le même résultat.

28. — M. Grasset essaie sur F... pendant son sommeil l'influence de la suggestion mentale : il lui ordonne de penser à la même personne que lui. Elle semble deviner d'abord, mais ce n'était là qu'un phénomène de basard, car l'expérience, répétée au sujet d'autres personnes échoue absolument. Il lui ordonne alors d'exécuter l'ordre mental à son réveil. Mais dès que celui-ci est produit, elle retombe en attaque, les bras en croix.

31. — M. Grasset découvre un nouveau point hypnogène au niveau du poignet droit. En comprimant ce poignet, on l'endort; quand elle est endormie, on la réveille de même par la compression du poignet. Avec le poignet gauche, on obtient les mêmes effets.

3 *janvier* 1887. — On essaie de l'endormir par la compression de l'avant-bras gauche, mais ce moyen échoue. On l'endort alors par la pression du poignet, et, pendant son sommeil, on lui suggère de s'endormir par la pression de l'avant-bras gauche. Une fois éveillée, on comprime l'avant-bras, et cette fois-ci la malade s'endort.

5. — Pendant le sommeil provoqué, on lui ordonne d'éternuer quatre fois au réveil et de dire bonjour après. Au réveil, elle n'exécute pas l'ordre et tombe dans une attaque avec les bras en croix.

8. — On découvre une nouvelle zone hypnogène, ce sont les

chevilles : par leur compression, on obtient soit le sommeil, soit quand celui-ci est déjà produit, le réveil.

10 — On l'endort par ordre, en lui disant à plusieurs reprises : « Dormez. » Une fois endormie, on essaye de faire contracter son facial en l'excitant avec la pointe d'un crayon, mais on ne peut y parvenir. Seulement la malade se plaint, comme si elle souffrait, et accentue son arc à concavité droite, et finalement passe au second type d'attaque, les bras en croix. Si alors on comprime le poignet ou tout autre point hypnogène, on la ramène à l'attaque primitive de sommeil.

14. — On l'endort par la pression du poignet gauche et on lui ordonne de s'habiller à son réveil, d'aller jusqu'au fond de la salle, de revenir et de se remettre au lit. Réveillée, elle se met à s'habiller et répond à M. Grasset qui lui en demande le motif : « J'ai quelque chose à faire, » trouve que c'est embêtant de s'habiller devant tout le monde ; une fois habillée, elle se lève, va au fond de la salle, revient et tombe sur son lit. Au réveil, elle est tout étonnée de se trouver habillée sur son lit.

15. — M. Grasset, tout en lui comprimant le poignet gauche, lui dit qu'il ne veut pas qu'elle s'endorme ; elle s'endort pourtant, mais un peu plus lentement que d'habitude. Pendant son sommeil, on lui ordonne d'aller le 18, à 8 heures du matin dire bonjour à M. Grasset à son entrée dans les salles.

17. — On l'endort par le tic tac de la montre approchée de son oreille.

18. — A 8 heures précises du matin, elle vient, suivant l'ordre reçu, dire bonjour à M. Grasset, qui se trouve aux premiers lits de la salle des femmes. Elle tombe immédiatement en crise de sommeil. On lui ordonne alors de venir saluer M. Combal le 1er mars.

21. — Endormie par ordre, on la fait passer par la compression du facial ou du vertex en crise du second type avec les bras en croix et l'abolition de la parole. On la ramène en crise du premier type par la compression du poignet.

22. — L'ayant endormie, M. Grasset lui ordonne de prendre le stéthoscope qu'il a dans la poche de son tablier, de le cacher dans son lit et d'accuser du méfait une de ses voisines. Au réveil, après quelques hésitations, elle n'obéit pas et tombe en crise du second type, que l'on transforme en crise de sommeil par la compression du poignet.

24. — On applique à l'index droit de la malade l'*hypnoscope* du Dr Ochorowitz : c'est un aimant contourné en forme de bague. Au bout de quelques instants, on constate qu'il s'est produit une anesthésie complète de ce doigt s'étendant à toute la main et même à l'avant-bras, et s'accompagnant de fourmillements et de raideur dans le doigt. Quelques jours après, nous appliquons un

hypnoscope semblable, mais non aimanté, et obtenons les mêmes résultats. (Voir la Note publiée par l'un de nous sur ce point dans la Revue de l'hypnotisme.)

25. — La trouvant endormie, on l'éveille par ordre. Le réveil se produit de la même façon qu'à la suite de la compression d'un point hypnogène : il faut maintenir moralement tout le temps jusqu'à ce qu'elle arrive au réveil complet ; sinon, elle s'immobilise dans une des phases du réveil. Cela indique que si, dans cette période, elle ne peut parler, du moins elle entend.

26. — Nouvelle application de l'hypnoscope au pouce droit, qui donne les mêmes résultats que précédemment.

Pendant que l'hypnoscope est en place, on comprime le poignet droit, impossibilité de produire le sommeil, mais celui-ci est produit très facilement par la compression du poignet gauche.

Pendant le sommeil on lui donne l'ordre de décroiser les mains et les pieds, et elle l'exécute parfaitement. Mais il n'en est pas de même quand on lui ordonne d'ouvrir l'œil : elle a alors une crise du second type comme chaque fois qu'on lui donne un ordre qu'elle ne peut exécuter. On transforme cette crise en crise ordinaire par la compression de l'ovaire, et on l'éveille par ordre.

28. — Elle demande son exeat, qui lui est accordé. Mais auparavant, on l'endort et on lui suggère de venir saluer M. Grasset dans les salles le 15 février.

Cet ordre est exécuté à jour fixe ainsi que celui donné le 18 janvier pour le 1er mars.

Avant toute tentative d'hypnotisation notre malade était hystérique. Il est intéressant d'étudier d'abord sa névrose *spontanée ;* nous parlerons ensuite des phénomènes *provoqués* et nous pourrons enfin comparer les deux ordres de symptômes.

I. L'étiologie de l'hystérie est banale et classique chez F... L'hérédité est à la fois diathésique (tuberculeuse chez la mère, arthritique chez le père) et névropathique (nervosisme chez la mère, asthme et apoplexie cérébrale chez le père). A cela s'ajoutent une mauvaise éducation donnée par le père qui laisse se développer un caractère capricieux et entêté, quelques troubles de menstruation, un mariage (très jeune) à un homme qu'elle n'aime pas, un grand nombre de gros-

sesses rapprochées, l'adultère, le procès, la prison, les métrorrhagies et la cellule... L'hystérie se développe graduellement et éclate bruyamment en 1883 par des *attaques* à caractères spéciaux.

Ces attaques ne représentent pas le tableau de la crise hystérique vulgaire.

F... dort, son œil unique fermé, le pouls et la respiration calmes, sans une convulsion clonique, ni un mouvement. La sensibilité est absolument abolie dans tous ses modes généraux. Le corps tout entier est en contracture généralisée : les mains fortement enlacées et croisées derrière le dos, les deux jambes en extension complète, le pied gauche sur le pied droit; le corps entier ne forme qu'une barre rigide. Les muscles de la tête échappent seuls à cette contracture. Les sens paraissent éteints; mais l'ouïe est conservée, ainsi que la parole. Elle entend tout ce qu'on lui dit, répond et soutient une conversation suivie... Ce sont là des *attaques de sommeil*.

Les crises de sommeil, bien étudiées par Briquet (*Traité de l'hyst.*), Bourneville et Regnard (IIIe vol. de l'*Iconogr. de la Salpêtrière*), Richer (*Traité de l'hystéro-épilepsie*) et Pitres (*Leçons cliniques* de 1885), ne sont pas très fréquentes et leur description présente encore quelque confusion.

Briquet en décrit trois espèces qu'il considère comme des degrés de la même modification pathologique : sommeil, coma et léthargie. Dans le premier type, c'est l'aspect du sommeil naturel avec résolution des membres, dans le deuxième, au sommeil s'ajoutent des phénomènes convulsifs ordinairement toniques dans la face et les membres et des signes de conges-

tion cérébrale avec gêne de la respiration et dureté du pouls; dans le troisième, il y a mort apparente.

Richer appelle tout cela de la léthargie et distingue: 1° l'attaque de léthargie simple (c'est l'attaque de sommeil de Briquet); 2° l'attaque de léthargie avec mort apparente (c'est l'attaque de léthargie de Briquet); 3° l'attaque de léthargie compliquée: *a*, de contractures partielles ou généralisées (c'est l'attaque de coma de Briquet); *b*, de l'état cataleptiforme.

L'attaque de notre malade, qui est un type très fixe toujours le même, ne rentre dans aucune des divisions de Briquet. Ce n'est pas du sommeil simple, puisqu'il y a des contractures; ce n'est pas du coma, puisqu'elle entend et cause; ce n'est pas de la léthargie, puisqu'il n'y a pas mort apparente.

Le mieux est d'appeler tout cela des attaques de sommeil en ajoutant ensuite à ce mot l'énumération des symptômes caractéristiques présentés par le malade. Chez F... le premier caractère de ces crises de sommeil c'est la *contracture généralisée*.

Bourneville et Regnard parlent peu des contractures dans les attaques de sommeil: « Le corps et les membres, disent-ils, offrent des alternatives de rigidité et de souplesse, ou bien sont toujours rigides; les mâchoires sont parfois contracturées. Les malades ont des secousses. » Cela ne s'applique guère à notre cas.

Barth n'en dit pas plus (th. d'agrégation) et parmi les observations qu'il cite, aucune n'est comparable à celle de F... Richer, au contraire, consacre un paragraphe spécial à ce qu'il appelle l'attaque de léthargie compliquée de contractures partielles ou généra-

lisées. Des trois observations qu'il donne, deux se rapprochent suffisamment de la nôtre : une de lui, une du Dr Alexandre (de Livry). Notons, comme différenciant notre cas, l'absence d'hyperexcitabilité neuro-musculaire (nous reviendrons plus loin sur ce caractère), tandis que Richer a constaté cette hyperexcitabilité dans ses observations (à un moindre degré du reste que dans la léthargie provoquée).

L'*anesthésie* généralisée, que présente ensuite notre malade, n'est pas un caractère qui lui soit propre : elle appartient à toutes les attaques de sommeil.

Pour l'*intelligence*, elle est en général conservée dans les attaques de sommeil. Seulement, beaucoup de malades (celles de Richer notamment) parlent, mais sans entendre; elles causent seules, sans répondre. Au contraire, celle de Pitres est très semblable sur ce point à la nôtre. Interpellée sur ce qu'elle pense, elle répond : « A rien »; mais, dès qu'elle y est sollicitée, elle soutient une conversation régulière et suivie, comme F...

Seulement la différence entre F... et Albertine de Pitres, c'est que celle-ci n'a aucune contracture, elle fait ce qu'elle veut de ses muscles; à tel point que Pitres établit un parallèle entre l'état de ses muscles et l'état de son intelligence.

Notre malade a donc les muscles comme celles de Richer et l'intelligence comme celle de Pitres. D'où la nécessité de ne pas faire d'avance des types trop absolus, des schemas qui généralisent trop les cas particuliers. Il vaut mieux énoncer dans chaque cas la caractéristique clinique de l'attaque de sommeil. Ainsi chez F... il y a des attaques de sommeil avec contrac-

tures fixes généralisées, conservation de l'ouïe et de l'intelligence et perte de la conscience musculaire.

En dehors de ces attaques, que nous appellerons « attaques du premier type », F... en présente d'autres un peu différentes.

L'anesthésie et les contractures sont les mêmes; l'attitude est différente : dans le second type, les bras sont en croix et le corps tout entier est en arc. Mais la différence capitale est dans l'état de l'ouïe et de l'intelligence. Tandis qu'elle entend et parle dans l'attaque du premier type, elle n'entend ni ne parle dans l'attaque du second.

On pense immédiatement à rapprocher cette attaque des grandes attaques hystéro-épileptiques. Elle reproduit évidemment une partie de l'attaque de la Salpêtrière. Mais quelle partie de cette attaque classique reproduit-elle?

Richer, qui étudie les attaques de contractures parmi les variétés de la grande attaque, les rattache à la quatrième période, comme les attaques de délire. Et en effet, dans cette quatrième période de l'attaque complète, il y a quelquefois aussi des contractures. Nous trouvons cependant chez notre sujet des objections sérieuses à la manière de voir de Richer.

D'abord, chez F... il n'y a aucune trace de clonisme, de clownisme, de contorsions, de délire : rien de cela. D'emblée, elle perd connaissance et s'immobilise en extension avec crucifiement et arc de cercle. Cela paraît donc plutôt être une attaque réduite à sa première période, à la phase tonique de la période épileptoïde.

Du reste, un caractère capital montre que les attaques de contractures décrites par Richer ne correspondent pas exactement aux nôtres. « Un des caractères les plus remarquables de ces sortes d'attaques de contractures, dit Richer, est la *conservation complète de l'intelligence,* qui permet au malade de se rendre parfaitement compte de toutes ses impressions pendant tout le temps que dure l'attaque. » Or, ici, chez F... c'est absolument le contraire : l'intelligence est abolie, la perte de connaissance est absolue. C'est cette intégrité de l'intelligence chez ses malades qui fait classer par Richer les attaques de contractures dans les variétés de la quatrième période de la grande attaque et c'est cette disparition de l'intelligence chez notre malade qui nous fait plutôt classer son attaque dans les variétés de la première période.

Ceci a donc une certaine portée nosologique. En dehors des attaques de contractures se rattachant à la quatrième période, il faut admettre des attaques de contractures se rattachant à la première. C'est à ce type qu'appartient F...

Quoi qu'il en soit, l'important est de rappeler que les attaques spontanées de F... se ramènent à deux types. Dans les deux, il y a sommeil, contractures généralisées et anesthésie sur tout le corps. A côté de ces caractères communs, dans l'attaque du premier type, l'ouïe et la parole sont conservées, tandis que dans l'attaque du second type, l'ouïe et la parole sont abolies. Au fond, ces deux types d'attaque peuvent être considérés comme deux degrés.

En dehors de ces deux types d'attaques, qui sont

de beaucoup les plus fréquentes, nous avons vu quelquefois chez notre malade de grandes attaques hystéro-épileptiques complètes, dont on trouvera la description dans l'observation et qui prouvent la parenté de toutes ces formes symptomatiques.

Ces courtes réflexions nous paraissent démontrer que déjà la névrose *spontanée* de notre malade n'est pas absolument banale dans son histoire clinique. Passons maintenant à l'étude de la névrose *provoquée* ou *expérimentale*.

II. — Nous endormons très facilement F... par divers procédés : 1° la fixation du regard : en la regardant fixement dans son œil unique, on l'endort très vite; on réussit alors même qu'elle résiste et ne veut pas s'endormir; 2° la suggestion : sans la regarder, en feuilletant le cahier de visite, nous lui disons impérativement : « Dormez! — Pourquoi dormirais-je? je n'ai pas sommeil. — Dormez! » — Elle résiste encore un peu et puis s'endort; 3° la compression des zones hypnogènes qui sont situées chez elle dans les régions ovariennes, aux deux poignets, sous les deux seins, à la pointe des deux omoplates, aux deux chevilles.

Remarquons en passant que ces faits prouvent l'exagération dans laquelle est tombée l'Ecole de Nancy en disant que tous les procédés pour endormir reviennent à la suggestion. Sans doute par la suggestion nous endormons très bien F..., comme Liébeault et Bernheim le font sur leurs sujets. Mais quand nous la fixons, il n'est pas nécessaire de lui ordonner de dormir. Nous avons même réussi à l'endormir par la fixation du

regard, après lui avoir défendu avec autorité de se laisser endormir.

Mais la suggestion est encore plus nettement absente dans la compression de ces zones hypnogènes, bien étudiées par Pitres chez ses malades et faciles à retrouver ici. Tout en causant avec elle de n'importe quoi, vous prenez son poignet et vous le serrez; elle tombe à la renverse endormie. Absolument de la même manière, pendant une conversation analogue, vous comprimez une autre partie du bras; elle ne s'endort pas. Nous concluons donc qu'il est inexact de vouloir avec l'école de Nancy ramener à la suggestion tous les procédés d'hypnotisation; c'est inexact au moins pour notre malade et par suite on ne peut plus donner cela comme une loi.

Les trois ordres de moyens d'hynotisation que nous venons de distinguer, conduisent du reste notre malade au même état, à la même crise, au même sommeil.

Nous caractériserons d'un seul mot ce sommeil provoqué, en disant qu'il reproduit absolument le premier type de sommeil spontané que nous avons décrit. Elle dort l'œil fermé, avec une anesthésie de tout le corps et des contractures généralisées. Elle n'y voit pas, entend très bien, cause et répond, ne se croit pas endormie, ne peut pas remuer, mais croit le faire, et a perdu complètement le sens musculaire. La seule différence (insignifiante du reste) c'est qu'elle a les mains croisées sur le ventre, tandis que dans l'attaque spontanée elles sont croisées derrière le dos.

Il est intéressant de démontrer que notre malade ne rentre pas du tout dans le cadre du grand hypnotisme,

magistralement étudié et décrit à la Salpêtrière. Un premier caractère capital, qui différencie absolument notre cas, c'est que nous obtenons d'emblée toujours la même forme de sommeil. La cause provocatrice est indifférente : par la suggestion, par la fixation du regard, par la pression des zones hypnogènes, nous arrivons toujours au même type. Et cela est vrai depuis le début, depuis les trois ans qu'on observe la malade. Ce n'est donc pas le résultat de l'éducation. On remarquera que nous réalisons cependant très bien les conditions requises pour obtenir les mêmes résultats qu'à la Salpêtrière.

« Pour retrouver ces états chez un sujet neuf, disent Binet et Féré (*Magnétisme animal*), il faut se placer dans les mêmes conditions que les expérimentateurs de la Salpêtrière ; ces conditions, nous les avons déjà signalées ; elles sont au nombre de deux : 1° il faut opérer sur le même genre de sujets, c'est-à-dire sur des hystéro-épileptiques ; 2° il faut employer les mêmes procédés opératoires, c'est-à-dire les procédés les plus simples, fixation du regard, pression du vertex, rayon électrique, etc. Tout changement introduit dans une de ces deux conditions altère les conditions des expériences et par conséquent modifie les résultats. » Nous remplissons bien ici ces deux conditions ; notre malade est une grande hystérique et on l'endort par des moyens très simples (fixation du regard).

Les mêmes auteurs ajoutent : « Il faut admettre que, même en agissant sur des hystéro-épileptiques, on obtiendrait des résultats différents de ceux de M. Charcot, si on soumettait les malades à un *modus operandi* différent, si, en d'autres termes, on leur

donnait une éducation hypnotique différente. »

Ici, on ne peut pas nous accuser de cela. Il n'y a pas d'éducation hypnotique du tout. Dès le début et sans parti pris, on a toujours observé les mêmes phénomènes qu'aujourd'hui et depuis lors, on n'a pour ainsi dire obtenu aucun changement par l'éducation.

Nous l'avons cependant essayé. Qu'avons-nous obtenu ? Elle s'endort peut-être plus facilement qu'au début; voilà tout. Nous avons voulu, par suggestion, soit à l'état de veille, soit dans le sommeil, obtenir le sommeil sans contractures : cela a été impossible. Nous avons obtenu qu'elle eût les bras le long du corps au lieu de les croiser sur le ventre : mais tout le corps était toujours contracturé. Nous avons obtenu artificiellement que l'œil restât ouvert; mais elle n'y voyait pas plus pour cela. Tout le reste de l'ensemble symptomatique n'avait changé en rien.

Donc, rien n'est dû ici à l'éducation hypnotique. Notre malade constitue un excellent sujet pour l'étude des phénomènes somatiques fixes de l'hypnotisme.

Il est donc déjà curieux de ne pas trouver ici le premier caractère du grand hypnotisme de la Salpêtrière : l'existence de trois états différents suivant le mode d'hypnotisation et le passage possible d'un de ces états à l'autre.

Voilà une première grande différence qui suffirait à placer notre malade en dehors du cadre de la Salpêtrière. De plus, non seulement notre malade ne présente pas les trois états de la Salpêtrière, mais elle n'en présente aucun. L'attaque de sommeil provoqué, telle qu'elle la présente, ne peut être assimilée ni à la

catalepsie, ni à la léthargie, ni au somnambulisme provoqué du grand hypnotisme.

Les différences avec l'état cataleptique sont nombreuses : F. . a les yeux fermés et non ouverts, il n'y a pas résistance aux mouvements passifs, il y a impossibilité absolue de déplacer les membres; la vue et le sens musculaire sont abolis ; enfin il est impossible de développer chez elle des impulsions automatiques et des actes en rapport avec des hallucinations provoquées.

On ne peut donc pas dire que F... est en catalepsie; on ne peut pas plus dire qu'elle est en léthargie.

Le caractère distinctif essentiel est la présence dans notre cas de contractures généralisées au lieu de résolution musculaire; ses membres sont dans un état précisément opposé à celui des membres mous, flasques et pendants de la léthargique. De plus, l'hypérexcitabilité neuro-musculaire manque ici d'une manière complète. Nous avons cependant beaucoup recherché ce phénomène et cette recherche même nous a conduits à constater quelques faits curieux.

L'excitation du cubital ou d'un autre nerf des membres par les procédés classiques de Charcot et Richer ne produit rien. L'excitation du facial à sa sortie du crâne derrière l'oreille ne produit pas de contracture ni de contraction, même passagère des muscles de la face; mais elle n'est cependant pas sans effet ; la malade se plaint (plainte inarticulée) comme si elle souffrait, se met en arc à concavité droite (quel que soit le facial qu'on comprime), et souvent, étend ses bras en croix ; en tout cas, on ne peut plus en faire entendre ni la faire parler.

La compression du facial est donc un procédé pour

la faire passer du premier au second type de l'attaque spontanée, du premier au second degré de son sommeil pathologique. On peut déterminer le passage inverse et revenir du second au premier degré en comprimant une des zones hypnogènes, qui sont en même temps hypnofrénatrices. On voit que tout cela est fort intéressant. Mais il n'y a rien là qui ressemble à l'hypérexcitabilité neuro-musculaire. F... n'est donc pas en léthargie. Est-elle en somnambulisme provoqué?

Nous avons essayé la pression sur le vertex (moyen classique de passer au somnambulisme provoqué); l'effet a été absolument semblable à celui que nous avions obtenu par la compression du facial : elle est passée du premier au second type, du premier au second degré.

Les différences avec l'état de somnambulisme provoqué sont nombreuses : il y a des contractures fixes au lieu de résolution musculaire, il n'y a rien des contractures déterminées par les passes ou les frictions légères, rien de la rigidité cataleptoïde ou pseudo-cataleptique, et surtout rien de la possibilité de provoquer des actes automatiques simples ou compliqués. En somme, F... ne présente aucun des trois états du grand hypnotisme. On ne peut même pas parler ici de ces phases intermédiaires ou de ces états mixtes, qu'ont étudiés Dumontpallier et Magnin, Pierre Janet et d'autres.

Il y a chez F... deux éléments qui n'existent dans aucun des états décrits à la Salpêtrière et qui par conséquent la différencient complètement : c'est l'état de la motilité et l'état mental.

Pour la motilité, il y a des contractures fixes qui im-

mobilisent le corps et qui ne rappellent ni la catalepsie, ni la résolution musculaire, ni les contractures provoquées. Pour l'état mental, il y a une impossibilité très remarquable à faire rien exécuter pendant le sommeil : la suggestion post-hypnotique est facile, la suggestion intra-hypnotique impossible. Notre malade ne rentre donc pas dans les descriptions de la Salpêtrière. Rentre-t-elle mieux dans celles de Nancy? Encore moins, s'il est possible.

Comme degré de sommeil, c'est entre les cinquième et sixième degrés de Bernheim, qu'on pourrait classer l'attaque de F... Mais deux choses la différencient absolument de tous les types de Bernheim. D'abord elle a un état de la motilité (contractures) très net, toujours le même, et qui n'est pas le résultat de la suggestion : elle a des contractures même quand on lui suggère de n'en point avoir. C'est un phénomène antérieur et supérieur à la suggestion. Or, Bernheim n'admet que de la catalepsie suggestive, des contractures suggestives. En cela, notre malade permet de répondre à Bernheim dans le sens de la Salpêtrière : comme les malades de Paris, F... a des stigmates moteurs, des caractères cliniques somatiques fixes, autres que ceux qu'on lui suggère. C'est là un fait capital dans la discussion entre les deux écoles. En second lieu, la suggestibilité fait la base de tous les degrés de l'hypnotisme de Bernheim. Or, ici il n'y a rien de cela : F... n'est pas suggestible du tout. Aucune suggestion intra-hypnotique ne réussit. On ne peut lui rien faire faire pendant son sommeil.

Donc, en somme, notre malade ne rentre pour son

hypnotisme, par les caractères de son sommeil provoqué, ni dans les descriptions de la Salpêtrière, ni dans celles de Nancy, ni dans les variétés ou états intermédiaires de l'une ou l'autre école. Comment la classer? où la placer, comme pierre d'attente pour les faits analogues que la clinique pourra révéler ultérieurement ?

Une première grande division est nécessaire parmi les hypnotisés ; il faut séparer ceux qui ont des symptômes somatiques fixes, quelle que soit la suggestion, et ceux qui n'ont pas de symptômes somatiques fixes, autres que ceux qu'on leur suggère. Charcot, au moins au début de ses études, semblait nier les derniers, en disant que tout l'hypnotisme est dans ses trois types; Bernheim semble nier les premiers en disant que tout est commandé par la suggestion. Les uns et les autres existent.

Notre malade fait partie du premier groupe : c'est une hypnotisée à caractères somatiques fixes, comme les malades de la Salpêtrière, dont elle se rapproche beaucoup plus que des sujets de Nancy. C'est le groupe des hystériques. Il y a en effet entre les sujets de la Salpêtrière et les sujets de Nancy, cette différence dans les antécédents, qui peut expliquer bien des choses: les premiers sont des hystériques, les seconds sont des sujets sains, avant toute hypnotisation.

Nous faisons donc cette grande division parmi les hypnotisables : *Ceux qui étaient* et *ceux qui n'étaient pas hystériques antérieurement* (j'entends la grande hystérie, à attaques franches, et non l'hystéricisme ou le nervosisme simple). *Chez les premiers, le sommeil*

provoqué peut s'accompagner de phénomènes somatiques fixes ; chez les seconds, le sommeil provoqué est entièrement dominé par la suggestion.

F... appartient au premier groupe : c'est une hystérique antérieure, une grande hystérique, et son sommeil provoqué a des caractères somatiques fixes, indépendants de la suggestion. De ce côté, notre cas donne donc, dans la discussion entre la Salpêtrière et Nancy, un argument contre Nancy, en montrant que tout ne vient pas de la suggestion chez tous les malades. Mais, une fois placée ainsi dans le premier groupe, des hypnotisés-hystériques, des hypnotisés à caractères somatiques fixes, F... montre aussi qu'il ne faut pas trop généraliser à toutes les hystériques hypnotisables la description des trois états de la Salpêtrière. Car, *elle a des caractères somatiques fixes, mais ce ne sont ceux d'aucun des états de la Salpêtrière.* Que sont donc ces caractères somatiques fixes de son sommeil provoqué ? Exactement et tout simplement ceux des crises d'hystérie spontanée, présentées par notre malade, déjà avant tout essai d'hypnotisation.

Nous arrivons donc à cette idée qui n'est pas encore classique, c'est que, ne considérant que les hypnotisés du premier groupe, c'est-à-dire les hystériques hypnotisables, ayant dans leur sommeil provoqué des caractères somatiques fixes, il faut encore établir une subdivision parmi les sujets de ce groupe : *les uns répondent à la description de Charcot, les autres reproduisent simplement et fidèlement leurs attaques spontanées d'hystérie antérieure* (ces attaques ayant des caractères divers suivant les malades). C'est dans cette dernière catégorie que rentre F...

Donc, la description de notre cas diffère à la fois de la description de la Salpêtrière et de la description de Nancy; mais il ne faut pas plus l'opposer aux deux autres qu'il ne faut opposer les deux autres entre elles. Notre cas est le *type d'un troisième groupe*, très naturel, très précis, et dont les exemples doivent être plus nombreux qu'on ne croit: *le groupe des hystériques hypnotisables qui, dans leur sommeil provoqué, reproduisent, simplement et fidèlement dans tous leurs traits, leurs attaques antérieures de sommeil spontané.* L'hypnotisme devient, chez ces malades, la simple provocation et reproduction de leur hystérie spontanée.

Cette manière de voir est du reste rationnelle. Sans vouloir faire de théorie, on peut dire que l'hypnotisme en général est une névrose artificielle, une hystérie provoquée. Si le sujet sur lequel on développe ces phénomènes expérimentaux n'était pas antérieurement hystérique, était vierge de toute névrose antérieure, la forme du sommeil provoqué dépend de la suggestion et il n'y a pas de caractères somatiques fixes. Si au contraire le sujet était déjà hystérique, avait eu déjà des phénomènes spontanés à forme précise et fixe, la forme du sommeil provoqué n'est plus livrée à la suggestion, elle dépend de la maladie antérieure et il y a des caractères somatiques fixes, antérieurs et supérieurs à toute suggestion.

Il y aurait d'autres points curieux à mettre en lumière chez notre malade : la facilité avec laquelle s'exécutent les suggestions post-hypnotiques, même compliquées et à longue échéance, tandis que les suggestions

intra-hypnotiques sont impossibles; l'histoire du réveil et l'action des zones hypnofrénatrices; les paralysies suggérées qui ont aussi des caractères fixes, supérieurs à la suggestion et cependant différents de ceux observés à la Salpêtrière; l'état intermédiaire dans lequel elle se trouve quand elle exécute à distance et sur lequel l'un de nous a déjà envoyé une Note à la Société de biologie (25 juillet 1885); l'action remarquable de l'hypnoscope d'Ochorowitz et l'action non moins remarquable de l'hypnoscope non aimanté...

Tout cela serait fort intéressant, mais nous entraînerait trop loin. On le trouvera dans l'Observation elle-même que nous avons publiée ci-dessus.

PSYCHOPHYSIQUE

RECHERCHES CLINIQUES SUR LA PSYCHOPHYSIQUE

ÉTUDE SUR LA PERCEPTIBILITÉ DIFFÉRENTIELLE[1]

Par Maurice MENDELSSOHN et F.-C. MULLER-LYER.

A. — Recherches cliniques sur la perceptibilité différentielle du sens de la vue chez l'homme sain et malade.

I. — *Définitions et historique.*

Il nous faut tout d'abord établir une série de définitions se rapportant aux concepts suivants : *percep-*

[1] Voy. t. XIV, n° 40, p. 47.

tibilité différentielle pour la lumière, *acuité visuelle*, *sens de la lumière, sens de la forme;* non pas qu'il s'agisse ici de choses nouvelles, mais ces idées n'ont pas encore été formulées de manière à éviter toute obscurité et toute confusion.

Tout excitant lumineux, qui intéresse la rétine, doit, pour amener une perception, satisfaire à deux conditions : 1° il doit se détacher du fond avec une certaine intensité lumineuse ; 2° il doit atteindre une certaine grandeur.

Un excitant qui reste au-dessous du « seuil » de la perceptibilité peut toutefois, dans des certaines limites, être rendu perceptible, grâce à deux actions différentes, à savoir :

1° Une modification dans son intensité lumineuse, sa grandeur demeurant invariable ;

2° Un changement dans sa grandeur, l'intensité, c'est-à-dire la différence avec le fond, restant la même. L'excitant a donc une double fonction et suivant qu'on fait varier l'une ou l'autre, on mesure deux fonctions différentes de l'appareil visuel à savoir la perceptibilité différentielle ou l'acuité visuelle.

Nous avons dit plus haut que sous le nom de *perceptibilité différentielle* on entend la faculté de percevoir les différences entre deux excitants. Depuis Weber on la mesure par la différence la plus faible et à peine perceptible, qui se rapporte à l'un des deux excitants. La perceptibilité différentielle est d'autant plus grande, que cette différence relative est plus petite ; elle trouve sa mesure dans la réciproque de la différence relative, par exemple la perceptibilité différentielle d'un œil qui perçoit 0,1 de différence, est deux

fois plus grande que celle d'un autre, qui ne perçoit que 0,2 de différence entre deux sensations lumineuses.

L'*acuité visuelle*, au contraire, trouve sa mesure dans la grandeur du plus petit angle sous lequel l'œil peut distinguer un objet donné. Par suite, tout ce qui se rapporte à la grandeur de l'angle, ou, ce qui revient au même, à l'*étendue* de l'image rétinienne, se rapporte également à l'acuité visuelle.

Si, par conséquent, la différence restant la même, la grandeur de l'objet varie jusqu'à la limite de perceptibilité, ou même au delà, on détermine l'acuité visuelle pour la différence donnée; si, au contraire, c'est la différence qui varie, la grandeur demeurant la même, on détermine alors la perceptibilité différentielle pour la grandeur donnée. Fait-on varier les deux à la fois, on réalise une opération complexe, dont l'intelligence exige la connaissance préliminaire des lois qui régissent les deux fonctions élémentaires de l'excitant. Nous en sommes restés à la détermination de la perceptibilité différentielle.

La loi de Weber établit ceci, que *la perceptibilité différentielle reste toujours la même*, *quelles que soient les modifications de la grandeur absolue de l'excitant*, autrement parler, la perceptibilité différentielle dépendrait seulement de la différence relative entre les deux excitants, la grandeur absolue de ces derniers étant indifférente; par exemple, étant donné un tiers de perceptibilité différentielle pour deux poids différents, la fraction restera toujours la même si on double, triple, etc., la grandeur absolue de ces deux poids.

Sous cette forme, la loi de Weber n'a pas été abso-

lument confirmée pour le sens de la vue; tous les observateurs sont d'accord sur ce point, que la loi en question n'est acceptable en tout cas, que dans des limites plus ou moins restreintes. Si par exemple, on diminue l'éclairage, la différence relative doit être augmentée pour ne pas cesser d'être perceptible. Il n'est donc pas indifférent de savoir pour quel éclairage absolu l'on mesure la perceptibilité différentielle; cette mesure a d'autant plus de valeur, qu'outre la différence relative (et en dehors naturellement, de l'angle visuel donné), on tient compte de la grandeur absolue de l'un des deux excitants; la mesure ne peut être considérée comme parfaite, que si elle est effectuée pour toutes les valeurs de l'un des deux excitants, depuis zéro jusqu'au maximum.

Il suit de là que toutes les déterminations où l'on a comme données : 1° l'angle visuel, et 2° la différence relative et dans lesquelles on fait varier l'éclairage absolu jusqu'à disparition ou réapparition de l'objet, ne sont pas autre chose que des déterminations de la perceptibilité différentielle. Pour que la détermination de cette dernière valeur fût complète, il faudrait encore pour chaque grandeur de l'image rétinienne (et pour chacune de ses localisations) tenir compte des diverses conditions d'éclairage de la rétine, depuis le plus faible jusqu'au plus intense.

Il en est de même pour la détermination de l'*acuité visuelle*. L'expérience démontre que cette acuité décroît avec l'éclairage; de même que la perceptibilité différentielle, elle doit donc (pour que l'observation soit parfaite) être étudiée :

1° A tous les degrés d'éclairage;

2° A toutes les différences données entre l'objet et le fond.

Toutes ces questions étant résolues pour la série du noir, du gris et du blanc, c'est-à-dire pour ce qui concerne de simples différences d'intensité (différences *quantitatives*), il reste à les résoudre pour ce qui concerne les différences qualitatives, c'est-à-dire de couleur, ce qui revient à dire que la perceptibilité différentielle doit, au même titre que l'acuité visuelle, être étudiée pour toutes les combinaisons chromatiques.

C'est de cette manière-là, que nous envisageons les concepts : acuité visuelle et perceptibilité différentielle.

Qu'entend-on par « *sens de la lumière* »? C'est ce qui sera bien vite élucidé, lorsque nous connaîtrons les procédés de mensuration des auteurs, en fort petit nombre du reste, qui ont institué des recherches sur ce sujet. Förster[1], le premier qui ait traité cette question dans des conditions pathologiques mesure le sens de la lumière (à l'aide de son photomètre) par l'éclairage nécessaire pour qu'une lettre donnée soit à peine perceptible à une distance donnée. Nous n'avons pas besoin après tout ce qui vient d'être dit à ce sujet, d'insister encore sur ce point, qu'il ne s'agit pas ici d'autre chose que tout simplement d'une détermination de la perceptibilité différentielle.

Les autres auteurs ne font que suivre le chemin tracé par Förster. La manière bien connue de procéder de *Weber* ne représente pas un principe, mais simplement une modification dans la technique, les deux modes

[1] Förster. *Uber Hemeralopie und die Anwendung eines photometers in d. Ophtalmologie.* Breslau, 1857.

de détermination sont incomplets parce que, comme *Bjerrum*[1] l'a fait remarquer pour obtenir une détermination parfaite, la série tout entière des valeurs de l'excitant serait à trouver.

Enfin nous citerons *Wolffsberg*[2] comme s'étant occupé de la question ; cet auteur définit le sens de la lumière de la manière suivante : c'est la faculté de l'appareil visuel de percevoir les plus faibles excitants ainsi que les plus petites différences entre deux excitants. Contrairement à l'opinion d'Aubert, il *applique* aussi cette définition aux excitants coloriés.

Cette définition rentre dans le cas de notre perceptibilité différentielle; mais ce que Wolffsberg a désigné dans son travail sous la rubrique de « sens de la lumière », est d'après nos explications, une détermination de l'acuité visuelle : il mesure le sens de la lumière par la grandeur d'un objet blanc à peine perceptible, se détachant sur un fond noir et l'acuité visuelle réciproquement par la grandeur d'un objet noir se détachant sur un fond blanc et également à peine perceptible.

La loi formulée par Wolffsberg : « L'acuité visuelle décroît plus lentement que le sens de la lumière avec la diminution graduelle d'éclairage, » devient plus claire en adoptant notre terminologie de la manière suivante : « L'acuité visuelle pour le blanc sur fond noir décroît plus rapidement que l'acuité visuelle pour le noir sur fond blanc ».

On pourrait peut-être réserver le mot de « sens de

[1] Bjerrum. — *Graefe's Arch.*, t. XXX, 1884.
[2] Wolffsberg. — *Graefe's Arch.*, t. XXXI, 1885.

la lumière », pour la perception du seuil de l'excitant, mais il n'échappera à aucun esprit mathématique que ce seuil n'est qu'un cas particulier de la perceptibilité différentielle, celui dans lequel la grandeur de l'un des deux excitants comparés est égal à zéro, ce qui semblait échapper à Fechner lui-même.

Le mot sens de la lumière exprimait donc jusqu'ici une idée vague qui donnait lieu aux plus fâcheuses confusions. Ce mot d'ailleurs est impropre dans son acception usuelle, parce que « la lumière étant le seul excitant physiologique de l'appareil optique », il devrait désigner la fonction totale de l'œil; ajoutons qu'il est inutile, tout ce que l'on a compris jusqu'ici sous cette dénomination étant déjà suffisamment exprimé par les termes de perceptibilité différentielle et d'acuité visuelle. Aussi proposons-nous, pour éviter toute confusion, d'éliminer radicalement le terme de « sens de la lumière ».

Une quatrième expression nous reste à expliquer : « le sens de la forme ». Ici encore, ce terme, en tant qu'il exprime d'une manière générale une fonction optique, est purement synonyme d'acuité visuelle. Etant donné qu'un objet, pris dans son ensemble, paraît sous un angle visuel plus grand que ses parties prises séparément (lesquelles constituent justement sa forme), cet objet est généralement perçu sous un angle visuel plus faible que ses parties prises séparément et qui déterminent sa forme. Cette dernière opération est accomplie, lorsque l'angle visuel, sous lequel apparaissent les parties isolées, atteint une grandeur, qui suffit aux exigences de l'acuité. Inutile d'ajouter que la synthèse visuelle, c'est-à-dire la re-

combinaison des parties isolées en un tout, est une fonction purement psychique.

Les concepts ci-dessus mentionnés se réduisent ainsi logiquement à deux : *perceptibilité différentielle* et *acuité visuelle*. Ces notions indispensables établies, nous allons maintenant procéder à l'examen des travaux publiés jusqu'ici sur la question.

Förster [1] a déterminé, à l'aide de son photomètre, l'intensité de l'éclairage nécessaire pour percevoir sous un certain angle visuel la forme d'un objet donné, ainsi que sa différence relative avec le fond. Il est évident que les recherches de Förster se rapportent uniquement à la détermination *du seuil* pour un objet donné. Ole Bull [2] a étudié le sens des couleurs dans les maladies de l'œil.

Jeannik Bjerrum [3], dans ses recherches « sur le sens de la lumière et sur le sens de l'espace dans diverses affections de l'œil », laissant de côté la perceptibilité différentielle, s'est attaché à déterminer l'acuité visuelle dans l'état pathologique de l'œil à différents degrés d'éclairage et de différence relative entre l'objet (une lettre) et le fond.

Wolffsberg [4] a fait également des recherches sur l'acuité visuelle. Il a déterminé à divers éclairages la grandeur de carrés chromatiques perceptibles en tant que couleurs ; d'après notre définition, il a déterminé l'acuité visuelle pour les couleurs.

[1] Förster, *l. c.*
[2] Ole Bull. — *Archives de Graefe*, 25 livr., 1885.
[3] Jean Bjerrum, *l. c.*
[4] Wolffsberg. — *Examen du sens de la lumière.* (*Arch.* t. XXXI, 1885.

Nos recherches personnelles déjà commencées avant que nous ayons pu prendre connaissance de ces travaux publiés dans des recueils ophtalmologiques, poursuivent, comme on l'a fait pressentir au début, un double but :

1° On doit déduire des phénomènes éliminatoires d'origine pathologique (lésions organiques) les conditions physiologiques de la perceptibilité différentielle, en rapport avec : *a*), l'acuité visuelle ; — *b*), le sens des couleurs ; — *c*), l'étendue de la surface de la rétine impressionnée (vue indirecte).

2° Nous nous sommes appliqués à rattacher l'examen de la perceptibilité différentielle comme une méthode à part aux trois autres modes d'investigation (examen de l'acuité visuelle, de la perception chromatique et de la périmétrie) en déterminant le rapport de cette perceptibilité différentielle avec les différents états pathologiques et en cherchant à établir la méthode d'exploration, qui lui correspond sur des bases solides et pratiques.

II. — *Méthode et procédés.*

Nous allons dire quelques mots sur la méthode que nous avons adoptée pour ces recherches. — Le procédé si simple des ombres a d'abord été employé. Dans une grande pièce presque entièrement obscure, aux parois plutôt brunes que noires (la salle des cours à la Salpêtrière, ayant vingt-cinq mètres environ de longueur), un tableau noirci était percé d'une ouverture circulaire de vingt centimètres, qu'on avait recouverte de

papier blanc. Devant le cercle blanc ainsi réalisé, on plaçait une baguette qui y projetait son ombre. A de certaines distances et sous un angle absolument le même étaient placées deux bougies, dont l'une était tour à tour éloignée et rapprochée, jusqu'à ce que l'ombre projetée par la baguette disparût ou se montrât de nouveau. Le milieu fut alors pris comme seuil, et la différence entre l'ombre et le fond fût déterminée d'après une formule de physique bien connue par la distance des deux bougies; la différence *relative* fut alors exprimée en divisant la différence absolue par le plus petit des deux excitants. Cette méthode était très simple, mais peu commode ; aussi l'échangeâmes-nous bientôt contre une autre, en la réservant toutefois comme moyen de contrôle.

L'idée nous vint de fixer une fois pour toutes, des ombres d'intensité diverse, telles que nous pouvions en obtenir en reculant plus ou moins la source lumineuse; — après maintes tentatives, nous atteignîmes le résultat désiré à l'aide de losanges de teintes décroissantes, peints à l'encre de Chine sur une certaine qualité très épaisse de papier buvard blanc avec un pinceau large. D'après un procédé depuis longtemps en usage en ophthalmologie, on construisit avec ces ombres un alphabet dont les caractères allaient toujours en décroissant de ton, de sorte que le patient, par une simple lecture indiquait lui-même les limites de sa vue. Les tables définitives qui nous étaient nécessaires dans nos recherches furent dressées de la manière suivante :

Les caractères, cela va sans dire, étaient tous d'égale grandeur, hauts de 5 centimètres, épais d'un

centimètre. Chaque « numéro » se composait de trois caractères, et le *ton* de ce numéro (son degré de concentration) était réglé de telle sorte, qu'il offrait une dégradation d'environ un dixième sur celui du numéro précédent.

Les concentrations employées variaient de 5000 à 5,1 (la quantité d'eau restant toujours la même). Tous ces numéros furent disposés de distance en distance à des places déterminées : de cette façon nous avions à notre disposition treize tableaux avec quatre numéros chacun, en tout cinquante-deux numéros.

A priori, on aurait dû admettre que les différences des caractères isolés avec le fond dussent être simplement calculées d'après le degré de concentration de la teinte. Mais la technique présente ici de telles difficultés, qu'il a paru nécessaire de mesurer au photomètre chacun des caractères isolément. Nous déterminions à cet effet la valeur du seuil de nos tables à la lumière (du jour) naturelle (d'intensité moyenne); puis, dans une chambre noire, en approchant une lumière, nous obtenions le degré de clarté nécessaire pour que la valeur du seuil fût atteinte. Grâce à la méthode de l'ombre portée, nous obtenions alors pour chaque caractère une ombre correspondante, et nous calculions provisoirement la différence entre le caractère et le fond.

Une semblable méthode de calcul, cela s'entend de soi, ne saurait prétendre à l'exactitude mathématique, mais au point de vue pratique, elle est tout à fait suffisante.

Il est en somme impossible de déterminer exactement, à un centième près, une grandeur physiologique

aussi flottante que la perceptibilité différentielle; d'ailleurs il ne s'agissait pour nous que d'une détermination approximative, et pour le succès de nos recherches comparatives, l'abaissement de cette perceptibilité d'un huitième ou d'un neuvième n'importait guère plus que pour l'acuité visuelle.

La table qui suit peut donner une idée des résultats de la mesure photométrique mise en parallèle avec le degré de concentration.

Nos D'ORDRE	CONCENTRATION de la teinte.	VALEUR RELATIVE de la différence.	VALEUR (OPTOMÉTRIQUE) de la différence relative entre la lettre et le fond.
1a	5000	5500	1 : 0,2
1	1000	1000	1 : 1,1
5	656	648	1 : 1,7
9	430	582	1 : 1,9
13	280	335	1 : 3,3
17	185	252	1 : 4,4
21	121	126	1 : 8,9
25	79	110	1 : 10,0
27	65	83	1 : 13,3
29	52	71	1 : 15,6
31	42	61,1	1 : 18,1
32	38	39,5	1 : 28
33	34	34,1	1 : 32
34	31	26,3	1 : 42
38	20,2	23,1	1 : 48
42	13,3	19,4	1 : 52
43	12,0	17,0	1 : 65
44	10,8	14,4	1 : 77
45	9,7	13,3	1 : 83
47	7,8	11,4	1 : 96
48	7,0	—	(le seuil)
51	5,1	—	

D'une manière générale, on constate donc un certain parallélisme entre les deux grandeurs (valeur relative de la différence et la valeur optométrique de la différence relative entre la lettre et le fond); ce parallélisme présente toutefois des écarts qui sont parfois assez considérables.

Au-dessus du numéro 47, les caractères — à une lumière naturelle d'une moyenne intensité — ne sont plus perçus qu'à l'état de silhouette, mais les lettres ne sont plus reconnaissables.

Le seuil du caractère pris dans son ensemble est naturellement plus élevé que celui de ses parties prises isolément, comme il ressort de ce qui a été dit à propos du sens de la forme. Mais les exigences de ce dernier sont satisfaites constamment, puisqu'on a toujours à lire trois caractères : lors même que tel ou tel de ces caractères offrirait une forme plus simple que celle de ses congénères, la synthèse des trois caractères de chaque groupe y peut aisément remédier. C'est ainsi que nous avons cru aussi éviter la cause d'erreur provenant de la *lisibilité* plus ou moins grande de certaines lettres.

On pourra, si l'on veut, pour la confection de ces tables, faire usage, — en place de caractères, — de simples points arrondis, d'égale dimension qu'on pourra numéroter. En outre, au lieu de nuances noires ou du moins grises sur fond blanc, il est loisible d'adopter des nuances claires sur fond sombre. Même ce dernier parti, comme nous le verrons, est plus avantageux, mais les difficultés de la technique nous ont empêché d'adopter ce dispositif.

Avec le secours de ces tables ou de tables ana-

logues à celles-ci, que chacun peut facilement confectionner d'après les indices donnés plus haut, tous les problèmes posés au début peuvent recevoir des solutions aussi simples que commodes.

En modifiant l'éclairage ou bien en lisant à travers des verres noircis, on peut déterminer la perceptibilité différentielle pour tous les éclairages imaginables jusqu'au seuil.

En se plaçant à des distances variables, on peut déterminer la perceptibilité différentielle correspondant à chacune des grandeurs de l'angle visuel et combiner ainsi ensemble les deux problèmes. D'autre part, en modifiant la couleur des caractères et celle du fond, ou bien en se servant de verres colorés ou de la lumière spectrale, on peut établir les conditions du seuil différentiel qualitatif, etc., etc.

On comprendra qu'un domaine aussi vaste n'ait pu être abordé par nous jusqu'ici que sur les points isolés et encore d'une manière incomplète et comme par fragments.

Nous avons examiné jusqu'à ce jour environ deux cents malades à la clinique de M. Charcot à la Salpêtrière. Afin d'éviter un démembrement fâcheux, nous donnerons le résultat de nos recherches dans l'ordre des formes de maladies (types pathologiques), en ayant soin de choisir les cas les plus caractéristiques.

Les conclusions générales et la discussion des faits feront l'objet d'un chapitre à part. Les recherches faites au moyen des tables ont été opérées à la lumière naturelle, au degré d'éclairage où le seuil ci-dessus mentionné, pour l'œil normal, se trouve justement atteint. Ce résultat fut obtenu très simplement, en

se plaçant à des distances variables des fenêtres.

La perceptibilité différentielle était alors déterminée pour cet éclairage, et pour cet éclairage seulement. Nous communiquerons le résultat de nos recherches dans des conditions d'éclairage variable. Nos tables étaient placées à une distance de trente à quarante centimètres de l'œil des malades. *(A suivre.)*

PATHOLOGIE NERVEUSE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE SYMPTOMATOLOGIQUE DE LA GLIOMATOSE MÉDULLAIRE;

COMMUNICATION FAITE AU 2e CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES A MOSCOU (janvier 1887)

Par WLADIMIR ROTH
Privat docent de l'Université de Moscou.

Si trente ans auparavant l'on avait mis côte à côte quelques malades, l'un, par exemple, atteint d'amblyopie, l'autre ayant des accès de douleurs intenses dans la région gastrique, le troisième atteint d'ataxie, le quatrième affecté de strabisme, et si l'on avait dit que ces malades souffraient de la même maladie le *tabes dorsualis*, alors, les médecins de ladite époque auraient considéré avec grand étonnement et avec une incrédulité cette déclaration. Il paraît que le temps de pareilles surprises n'est pas encore passé. Aujourd'hui encore, nous pouvons nous représenter ainsi plusieurs

malades : l'un, par exemple, atteint d'une fracture de l'épaule, un autre de bulles sur les doigts, le troisième, de névralgie tenace, le quatrième, de parésie, le cinquième, d'un ensemble de symptômes cliniques, qui encore aujourd'hui porte le nom d'atrophie musculaire progressive, soit-disant type Aran-Duchenne. Tous ces malades ne peuvent demander une assistance médicale que pour les phénomènes pathologiques ci-dessus désignés et ne seront traités que pour ces phénomènes (c'est un fait) comme pour des maladies bien définies; et pourtant il peut arriver, que toutes ces affections d'apparence différente, ne soient que des symptômes d'un seul et même processus morbide, processus qui n'est pas rare, et qui consiste en une prolifération spéciale de la nevroglie, dans la substance grise de la moelle épinière (et de la moelle allongée).

Jusqu'à ces dernières années, les cas d'hypertrophie pathologique de la nevroglie produite dans le voisinage du canal central, accompagnée souvent de formation de lacunes plus ou moins longues, et de cavités siégeant au milieu d'un tissu de nouvelle formation et plus ou moins dégénéré (syringomyélie), de même que les cas d'hydromyélie, avaient un intérêt exclusivement anatomique. Erb ne leur a consacré que quelques pages de son manuel des maladies de la moelle épinière, sous le titre *Rara et Curiosa*, et ne trouve pas possible de donner une description clinique bien définie, de ces formes et de les diagnostiquer pendant la vie. En 1878[10], nous avons eu l'occasion de faire plus ample connaissance, avec diverses observations concernant les processus morbides mentionnés ci-dessus, de les grouper au point de vue anatomo-pathologique; mais de même

nous avons dû renoncer à essayer de peindre le tableau clinique, correspondant à quelqu'une des formes anatomiques établies par nous.

Si d'un côté, les cadres anatomiques restaient vides de documents cliniques correspondants, d'un autre côté, on rencontrait des observations qui ne se rangeaient nullement dans les formes anatomiques plus ou moins connues, mais qui doivent s'y rapporter d'après nos connaissances actuelles. Ainsi le 19 février 1882, nous avons présenté à la *Société des Médecins russes*, un malade atteint d'atrophie musculaire progressive de la main, et d'anesthésie partielle du sens thermique sur toute la surface du corps, y compris la face. C'était déjà non seulement un cas rare, mais absolument exclusif, qui nous laissait dans une grande perplexité.

On aurait pu supposer l'existence d'un processus pathologique, dans la substance grise de la moelle épinière et admettre que, grâce à ces mêmes altérations anatomiques, la conductibilité des impressions thermiques était interrompue avec tous les segments de la moelle épinière situés plus bas ; mais l'anesthésie thermique dans la sphère du trijumeau restait inexpliquée, ce qui nous fit renoncer momentanément à un diagnostic plus détaillé.

Le professeur Kahler fut plus heureux : chez le malade qu'il avait décrit dans la *Prager Medicinische Wochenschrift* (18. X. 1882) existait d'abord de la faiblesse avec contractures dans le bras gauche, suivis d'altération de la sensibilité de ce membre, et de la moitié gauche du tronc. Il n'existait ici dans certains endroits, que de l'analgésie partielle combinée à

la thermanesthésie; dans d'autres, il existait enfin des segments où la perception des impressions tactiles était aussi diminuée; cependant une pression un peu accentuée fut perçué dans toute la région anesthésiée, et le sens musculaire n'avait pas souffert. L'anesthésie s'étendait par zones; plus tard elle envahit aussi certains segments du côté opposé, puis la cuisse et le front du côté gauche.

La localisation première des troubles du mouvement et de la sensibilité, et la marche ultérieure de la maladie, permirent à Kahler de définir d'une manière plus précise, l'endroit atteint de la moelle épinière et il s'arrêta avec raison sur la syringomyélie, comme le seul processus connu, qui par sa localisation et par la marche de la maladie, correspondait aux symptômes cliniques de son malade. Le cas du professeur Schultze [24], publié quelques mois plus tôt, présente une confirmation de ce diagnostic. Chez une femme âgée de trente-sept ans, on voit se développer en quatre années, une faiblesse accompagnée d'atrophie musculaire des membres supérieurs, une suppression partielle du sens de la température, de l'analgésie dans les membres supérieurs et le thorax, puis dans les membres inférieurs, de l'analgésie de la langue ; en outre des symptômes bulbaires passagers et des troubles trophiques de la peau (des bulles à la main droite). A l'autopsie on trouva une cavité le long de toute la moelle épinière ; la substance blanche en était normale à l'exception de la partie la plus inférieure; plus haut, la cavité avec la nevroglie hyperplasiée qui l'entourait, occupait exclusivement la substance grise dans laquelle les cornes postérieures avaient été atteintes

plus que les antérieures. La racine ascendante du nerf trijumeau fut également atteinte. Dans la moelle allongée se trouvèrent des fissures, et une atrophie de l'olive gauche.

L'année suivante, Fürstner et Zacher [2] décrivirent un cas plus compliqué, suivi d'autopsie ; mais si nous laissons de côté les altérations cérébrales et les symptômes cliniques correspondants, nous voyons en ce qui concerne les phénomènes spinaux, ce cas présenter une grande analogie avec celui rapporté par l'auteur précédent. A l'hémianalgésie partielle avec paresthésies et altérations trophiques de la peau de la main droite, perte des réflexes cutanés et diminution des réflexes tendineux, répondait une gliomatose accompagnée de formation d'une cavité le long de la substance grise de la moelle épinière, sur toute la longueur de laquelle la corne postérieure droite avait été le plus altérée, tandis qu'il y avait altération un peu moindre de la commissure postérieure et de la corne antérieure gauche. Le processus s'étendait également à la moelle allongée; ce qui se traduisait par des phénomènes bulbaires correspondants durant la vie; et, fait curieux à noter, c'est que dans ce cas aussi, il y avait hyperplasie de la nevroglie le long de la racine ascendante du trijumeau.

A la suite de ces deux autopsies, Bernhardt [3] a pu avec grande raison, diagnostiquer dans un cas d'anesthésie partielle aux impressions thermiques et d'analgésie observées sur l'épaule droite, sur la partie supérieure du tronc du même côté, avec lésion limitée de la face une altération de la substance grise de la moelle épinière, produite dans la région d'émergence

des racines postérieures, depuis la première cervicale jusqu'à la huitième thoracique et probablement aussi de la racine ascendante du nerf trijumeau; il a eu le droit de supposer que cette altération était due à la gliomatose (syringomyélie).

Les médecins commençaient à s'habituer à la possibilité de diagnostiquer parfois la syringomyélie. Grïnther, l'élève d'Erb, dans ses études de la réaction électrique dans l'atrophie musculaire « typique », admet qu'un cas de cette [1] maladie rapporté par lui, pouvait appartenir à la syringomyélie. Oppenheim [17] suppose l'existence d'une syringomyélie, chez un malade âgé de trente-deux ans, présentant les phénomènes d'anesthésie des membres supérieurs, du thorax, du cou et de la nuque. Les sens de la douleur et de la température étaient le plus atteints, en même temps qu'on constatait une atrophie des muscles de la main gauche, des bulles sur les extrémités digitales et des paresthésies tenaces (sensation de cuisson froide), dans les extrémités supérieures; ce processus s'était développé dans l'espace de deux ans et demi. Remak (1884) [18] décrit un fait clinique de gliomatose centrale, caractérisée par la perte du sens de la douleur et de la température, dans la partie supérieure gauche du corps et dans l'extrémité supérieure correspondante, qui était en outre le siège de troubles locomoteurs, d'atrophie musculaire, de troubles trophiques de la peau et d'altérations articulaires de l'épaule. Le sens du toucher était altéré à un degré très insignifiant. Enfin Freud [17] décrivit en 1885 un cas « d'atrophie musculaire avec des troubles de sensibilité étendus », limités en haut au thorax jusqu'à la sixième côte et

les membres supérieurs, et s'étant manifesté dans ces régions, principalement par l'analgésie et la thermanesthésie; le toucher ne fut atteint que du côté gauche. Freud range son cas à côté des cinq observations plus détaillées des auteurs cités plus haut, et s'appuyant sur les cas suivis d'autopsie, diagnostique chez son malade la gliomatose centrale avec syringomyélie. Dans le courant de la même année, Schultze [26] fit une nouvelle autopsie, se rapportant à un fait non étudié cliniquement, mais dans lequel le seul symptôme saillant était la perte du sens de la douleur (et probablement une fragilité des os). Anatomiquement, ce cas de même qu'un autre, avec analgésie et thermanesthésie partielles, et dystrophie de la peau étudié par l'auteur en 1886 [27] étaient caractérisés par la gliomatose avec lésion prédominante des cornes postérieures ; dans la deuxième observation, les altérations se manifestant par la formation d'une lacune, étaient tout à fait insignifiantes.

Outre ces deux observations anatomiques, Schultze donna en 1885, une description de deux cas cliniques présentant avec un complexus symptomatique qui se répétait souvent dans les observations citées plus haut, savoir: de l'anesthésie thermique et analgésie partielles, de la dystrophie de la peau et du tissu cellulaire souscutané, de la faiblesse et de l'atrophie musculaire dans les extrémités.

Toutes ces observations prises ensemble, ne suffisent pas encore bien entendu, à témoigner la fréquence de la maladie, sur laquelle je voudrais attirer votre attention. Mais d'abord toutes les observations cliniques citées par nous, se rapportent à un groupe peu consi-

dérable à symptômes cliniques nettement accusés, dont le diagnostic semblait établi d'une manière précise, malgré l'état incomplet de nos connaissances actuelles du tableau clinique de la maladie. D'un autre côté, parmi des cas peu nombreux anatomiquement étudiés, il y en a dans lesquels les symptômes les plus caractéristiques, tels que la thermoanesthésie et l'analgésie partielles n'attiraient pas l'attention; et cependant quelques faits (fractures indolentes des os, etc.) prouvent que l'analgésie au moins avait figuré parmi les symptômes qui existaient pendant la vie. Si nous prenons en considération, que les troubles locomoteurs, l'atrophie musculaire, les altérations de la peau, etc., peuvent faire complètement défaut, il sera facile de comprendre que toute une série de cas de cette maladie passe inaperçue. Mais il suffit à quelqu'un des auteurs de prêter attention à tel ou tel autre de ces symptômes caractéristiques, ou d'étudier un grand nombre de moelles épinières, pour se convaincre de la fréquence relative des malades appartenant à cette catégorie.

Ainsi, le professeur Schultze à Heidelberg, a étudié anatomiquement pendant une période de quelques années, 7 à 8 cas variés de gliome de la moelle épinière et de syringomyélie; et dans cinq observations il peint le tableau clinique caractéristique qui nous intéresse en ce moment. M. Morvan, du Finistère, a vu, durant quelques années dans sa commune et les deux voisines, ayant une population de 50,000 habitants, 15 cas de la maladie qu'il a décrit sous le nom de *parésie analgésique*, et caractérisée par un affaiblissement unilatéral ou symétrique des muscles des membres supérieurs, avec anesthésie ou analgésie par-

tielle et des lésions de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Le sens de la température n'avait pas été étudié d'une manière spéciale. Néanmoins, la thermoanesthésie partielle accompagnée d'analgésie, des symptômes de fragilité des os et d'autres symptômes caractéristiques des cas typiques de la gliomatose centrale, figurent au nombre des symptômes cités par l'auteur. Il faut rapporter sans doute à cette maladie, sinon toutes les observations de Morvan, au moins la plupart d'entre elles. Ayant vu plusieurs fois l'anesthésie s'associer aux panaris, gerçures, engelures, etc., M. Morvan examina l'état de la sensibilité chez tous les malades qui étaient atteints d'affection de ce genre, et réunit ainsi un grand nombre d'observations cliniques.

Pour notre part, ayant affaire surtout à des névropathes et par conséquent, étudiant fréquemment la sensibilité cutanée, nous avons eu l'occasion d'observer dans ces dernières années chez dix malades, des troubles caractéristiques qui nous ont fait diagnostiquer chez eux une gliomatose spinale; le onzième cas avec troubles limités et peu caractéristiques de la sensibilité, a été étudié par nous au point de vue anatomique en 1877; deux autres cas encore que nous n'avons pas pu diagnostiquer alors, ont été observés par nous au *Dispensaire* de la Société des Médecins russes en 1879; il y eut naturellement bien d'autres cas qui ont passé inaperçus, mais les données de ces deux seuls ont été conservées (la disposition caractéristique de l'analgésie partielle), et ont permis de les rapporter à l'affection que nous décrivons.

En outre de tous les cas énumérés plus haut, on

trouve assez d'observations se rapportant aux formes cliniques d'apparences les plus variées, décrites à cause de la combinaison extraordinaire des symptômes qu'elles présentent, et au fond desquels siège à notre avis la gliomatose de la moelle épinière. La variété apparente de ces descriptions casuistiques, dépend en grande partie, de ce qu'elles appartiennent à des spécialistes divers, qui ont tâché d'attirer l'attention des lecteurs sur les symptômes qui les intéressaient et qui peut-être ont ignoré les autres. Ainsi, nous trouvons dans la littérature deux cas que leurs auteurs identifient à ceux décrits par Morvan; le premier, celui de Guelliot [10] (panaris anesthétique) n'appartient peut être pas à notre maladie ; le deuxième, celui de Broca [4] a été décrit sous le nom de panaris analgésique. Chez ces auteurs, le panaris apparaît comme l'affection fondamentale. Chez d'autres : Landois et Mosler [13], Dreschfeld [8], Balmer [1], Beard [2], Leloir [14], etc., l'attention est attirée sur l'atrophie musculaire compliquée de rares symptômes d'anesthésie partielle, ou bien de distrophies cutanées. Nous pourrions bien entendu, retrouver encore dans la littérature médicale des observations cliniques, d'autres cas qui avaient été perdus, dans lesquels, grâce à une coïncidence accidentellement signalée de symptômes importants, il est possible de reconnaître les cas de gliomatose de la moelle épinière. Ces recherches seraient pourtant inutiles : car des observations incomplètes et faites à un seul point de vue, pour la description desquelles on n'aurait pas pris en considération la symptomatologie de l'affection, que nous étudions, ne peuvent pas contribuer à l'élucider.

En citant quelques-uns de ces cas, nous avons eu

principalement en vue, de réunir un plus grand nombre de faits, pour confirmer ce qui a été dit plus haut : que la gliomatose de la moelle épinière est loin de constituer une affection rare. Si jusqu'à présent elle se diagnostiquait pendant la vie dans quelques cas peu nombreux, où le tableau de la maladie a été très nettement dessiné, cela venait de ce que les auteurs en ignoraient les symptômes primaires, et en partie de ce que le caractère de ces derniers n'était pas frappant. Ils passaient inaperçus, jusqu'à ce qu'une complication accidentelle d'une maladie chirurgicale (panaris, fracture de l'os), à marche indolente, ou bien une apparition de troubles locomoteurs avec atrophie musculaire, ne vint forcer le médecin d'étudier d'une manière plus attentive l'état de sensibilité du malade. Dans ces cas, des symptômes fondamentaux plus précoces — l'analgésie et l'anesthésie thermique, avaient été décrites jusqu'à ce dernier moment, comme une complication accidentelle.

Grâce à l'habitude prise dans le service de M. le professeur Kojewnikoff, de rechercher d'une manière plus soignée l'état de la sensibilité dans les différentes affections du système nerveux, j'ai réussi pendant ces dernières années, à diagnostiquer la gliomatose de la moelle épinière chez des malades, qu'un examen insuffisant pourrait faire passer pour hypochondriaques, neurasthéniques, ou atteints de ramollissement des corps optostriés, de névrites, etc.

Je voudrais maintenant profiter de mes observations, pour attirer l'attention des médecins, sur les troubles de la sensibilité mentionnés plus haut. L'analyse de de ces symptômes à côté des autres, doit contribuer à

faciliter le diagnostic de la maladie, dans les premières périodes de son développement. En vue de cela, je ne m'occuperai pas des cas plus rares de la gliomatose centrale, marchant sans phénomènes d'anesthésie partielle et, je laisserai de côté la symptomatologie des formes variées de la syringomyélie. Pour la plupart du temps, elles ne sont pas diagnostiquables pendant la vie. Par contre, nous avons pour but, de classer (peut-être provisoirement), sous une forme clinique type, *le plus grand nombre* des cas de la maladie, ce qui est important, tant pour son étude ultérieure que pour le diagnostic et la thérapeutique de cette affection.

Je rapporte mes observations cliniques, quelques-unes en résumé, d'autres succinctes, conséquence inévitable des conditions dans lesquelles elles furent prises. Nous verrons en les parcourant, que dans la moitié des cas, sinon davantage, le premier symptôme qui paraît n'est pas même de l'analgésie toujours plus facilement déterminable, mais bien une altération du sens de la température, n'étant point accompagnée d'autres troubles de la sensibilité cutanée.

Je disposerai mes observations de telle façon, que d'après les premiers cas d'affection complètement developpée, et dans lesquels la somme des symptômes que nous possédons, ne laisse aucun doute pour le diagnostic, on puisse se familiariser avec les symptômes caractéristiques. Ceux-ci nous aideront à diagnostiquer l'affection, dans d'autres cas où le développement de la maladie est moins avancé.

OBSERVATION I

Troubles trophiques et atrophie musculaire du côté droit. — Scoliose. — Hémianesthésie thermique gauche. A droite elle est limitée à la tête et à la face. L'analgésie est disposée à gauche de la même manière; à droite elle occupe seulement le cou et la partie supérieure du thorax.

G. Mihaïloff, paysan de l'arrondissement de Rouza, âgé de vingt-sept ans. Entré à l'hôpital Catherine le 14 janvier 1885.

Antécédents. — Les parents sont vivants, se portent bien. A ce qu'il paraît ils n'étaient pas atteints de syphilis. Cependant, de treize enfants il ne leur en reste que quatre; les autres mouraient avant l'âge de deux ans. Le malade n'offre pas d'hérédité névropathique apparente. Il a été nourri par la mère; il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à la maladie actuelle; il s'est marié à dix-neuf ans, n'a pas eu d'enfants. Il demeure à Moscou depuis l'enfance, est garçon de magasin et a beaucoup d'occasions de prendre froid; son logement est aussi humide et froid. Le malade n'a pas affaire aux poisons métalliques, il n'y a pas eu de traumatisme spinal, ni de travail physique épuisant. Il prend de l'eau-de-vie en quantité modérée. Il n'a pas été atteint de la syphilis.

La maladie actuelle s'est déclarée il y a à peu près trois ans par une douleur peu à peu développée et augmentant progressivement dans le côté gauche du thorax, empêchant de le fléchir à droite. Un an après le début de la maladie se fit remarquer une faiblesse de la jambe droite qui se fatiguait et tremblait après une marche prolongée ; il était alors forcé de s'arrêter pour se reposer. Plus tard apparut une douleur assez tenace dans les reins, surtout à la station assise plus intense du côté droit ; neuf mois auparavant la main droite commença à faiblir et il y a six mois le malade s'aperçut pour la première fois de la thermanesthésie de la main gauche.

ÉTAT ACTUEL. — Le malade est un homme robuste, bien fait, au teint clair. — La *peau* du dos et de la jambe porte des taches pigmentées à la suite de l'eczéma artificiel qu'il avait eu. — A la partie inférieure de l'abdomen sur un espace grand comme la paume de la main se trouve un eczéma squameux. Sur les doigts, la couche épidermique est considérablement épaissie. Le tissu *cellulo-adipeux* sous-cutané est bien développé.

La musculature du membre supérieur *du côté droit* présente un certain amaigrissement général. La mesure de l'épaule :

à sa partie supérieure :	droite	25 1/2 ;	gauche,	25 cent.
au milieu.	—	24	—	26
au-dessus du coude . .	—	22 1/2	—	22
la partie supérieure de l'avant-bras droit . .	—	23 1/2	—	24
le milieu	—	21 1/2	—	23
le tiers inférieur. . . .	—	16	—	16
les cuisses sous les fesses.	—	45	—	47
dans la partie moyenne.	—	43 1/2	—	45
au-dessus de la rotule.	—	31	—	32 1/2
de la jambe.	—	31	—	32

Le crâne est régulier, symétrique, *les os du squelette* ne présentent pas d'altérations. A la station verticale il y a une *scoliose* bien accusée. Dans la partie lombaire, la colonne vertébrale est incurvée à droite; dans la partie thoracique, elle présente une scoliose avec concavité dirigée à gauche; cette incurvation ne compense pas la lombaire, de sorte que les vertèbres thoraciques supérieures se trouvent à droite de la ligne moyenne; la tête est fortement inclinée à gauche pour la conservation de l'équilibre. *La démarche* est très peu déliée, non assurée, ce qui ne dépend qu'en partie de la position vicieuse du thorax. Le malade écarte les jambes assez largement; les genoux sont légèrement fléchis; le malade évite de déplier l'*articulation* tibio-tarsienne droite pour éviter la trépidation dans la jambe, survenant à la tension des muscles jumeaux. Il n'y a pas d'*ataxie*, même lorsque les yeux sont fermés.

Extrémités inférieures. — A gauche, la force est conservée; à droite, le malade se tient, mais très peu de temps; la force des mouvements de l'articulation tibio-tarsienne et de celle du genou est conservée. La flexion de l'articulation coxo-fémorale et l'abduction sont affaiblies, l'adduction l'est moins; l'extension est assez forte. Les mouvements de flexion *du tronc* en avant, en arrière et ceux de rotation autour d'un axe vertical ne sont pas notablement affaiblis. La scoliose se redresse dans la position horizontale. La position vicieuse de la colonne vertébrale paraît être accommodée à un moindre travail des petits muscles intervertébraux du côté droit.

Les muscles de l'abdomen et le diaphragme se contractent bien, mais le malade ne peut se gonfler d'air à cause d'une sensation de resserrement dans les points d'insertion des attaches du diaphragme. Dans la position horizontale surtout il éprouve à l'épigastre le sentiment d'un certain vide, de manque vague, d'inspiration incomplète.

Extrémités supérieures. — Les petits mouvements des doigts de la main droite sont légèrement altérés; le malade ne peut se bou-

tonner; il peut cependant prendre une épingle sur la table. L'écriture n'est pas ferme, les lettres sont inégales.

Le muscle opposant du pouce est très affaibli : le pouce ne peut atteindre le petit doigt. L'extension des doigts, de la main et de l'avant-bras se fait avec très peu de force. Les fléchisseurs de ce dernier sont plus forts. La pronation, la supination de sa main ne sont pas faibles. Le malade serre la main assez fort, mais le dynamomètre ne montre que 24 kilogr. à droite (62 à gauche) et à l'extension passive de la main on n'obtient pas de chiffre plus élevé. L'élévation du bas au-dessus de l'épaule est rendue un peu difficile par la tension du pectoral. Tous les autres mouvements du membre supérieur droit et tous ceux du gauche sont normaux.

Le pli naso-labial droit est un peu moins accusé que le gauche. Le reste de la région des *nerfs faciaux* n'est pas altéré. Lorsque le malade tire *la langue* elle est légèrement *déviée* à droite et l'on peut y observer des *mouvements fibrillaires*, mais on ne remarque pas d'atrophie. *Les muscles extérieurs des yeux* n'ont pas été atteints. *Les pupilles* sont inégales. La pupille gauche est un peu rétrécie ; toutes les deux réagissent à la lumière et à la convergence; l'accommodation n'est pas abolie. Les actes de mastication, de l'articulation et de la phonation ne sont pas troublés. Le voile du palais symétrique se contracte bien, mais *la déglutition* de grands morceaux de nourriture n'est pas complètement libre.

Les fonctions de *la vessie* sont un peu troublées : le malade est obligé d'attendre parfois longtemps que les efforts faits pour l'émission de l'urine soient suivis d'effet. A cette émission, les organes du bassin sont à l'état normal.

Il n'y a pas de contractures persistantes, mais le muscle sterno-cléido-mastoïdien et la portion cervicale du trapèze droit sont à l'état de contraction (v. plus bas); il y a un sentiment de tension dans le muscle pectoral et les muscles du thorax du même côté.

Les *réflexes* tendineux et aponévrotiques sont exagérés dans les deltoïdes et l'avant-bras droit ; ils le sont très peu dans les muscles de l'avant-bras gauche. Le réflexe rotulien est considérablement exagéré à droite, il est peu apparent à gauche; le réflexe du tendon d'Achille est exagéré des deux côtés. La trépidation du pied est nettement accusée à droite ; elle l'est moins à gauche.

Le réflexe aponévrotique dans les membres inférieurs est exagéré dans les muscles du mollet droit; il ne peut être produit à la partie antérieure de la jambe. Les réflexes tactiles de la plante du pied sont variables. Tantôt ils sont exagérés, tantôt abolis.

La contractilité électrique ne présente pas d'altérations marquées. Le courant induit dans les muscles et les nerfs du bras donne des chiffres égaux pour les deux côtés (grand appareil de Stöhrer à deux éléments) le nerf médian et le biceps, 23 m., le triceps, 20; le muscle long supinateur, 19. Courant constant :

	CFC [1].		AFC.		AOC.		CSC.	
	Droit.	Gauche	Dr.	G.	Dr.	G.	Dr.	G.
M. trapèze (nerf acc. o),	8 AM.	1 MS.	1,5 MA.	3 MA.	3 MA.	3 MA.	5 MS.	5 MA.
M. biceps (n. m. exter.)	1 »	0,3.	1.	0,6.	2[2]	9[3]	3.	3.
Muscle long supinateur.	3. »	2,5.	3,5.	3.	"	"	»	»
Nerf médian..........	1. »	1.»	3.	3.	3.	3.	»	»

Sensibilité. — Les attouchements les plus légers sont perçus sur toute la surface du corps et le malade les localise normalement; cependant il accuse une différence subjective entre les deux côtés; le côté gauche sent moins nettement; le caractère de la sensation n'est pas le même. *Le sens du lieu* est égal des deux côtés. Le compas de Weber donne les chiffres suivants. Le front a 23 mil.; les joues, 25; la poitrine, 50; les épaules, 20; la partie supérieure de l'avant-bras par devant et par derrière, 25; la partie inférieure, 40; le dos de la main, 22; la paume de la main gauche, 10; de la droite, 11. La troisième phalange à droite, le pouce, 6; l'index et le médius, 4; l'annulaire et le petit doigt, 3; à gauche, le pouce, 7; l'index, 2; le médius, 4; l'aunulaire et le petit doigt, 7 mil.

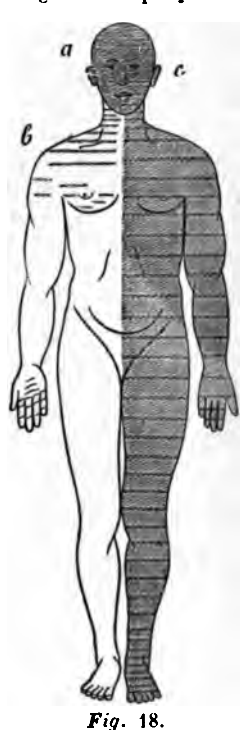


Fig. 18.

a, anesthésie partielle du sens de température; — *b*, analgésie partielle; — *c*, *c'*, combinaison d'analgésie avec anesthésie du sens de température. Même signification des lettres dans les figures suivantes.

Ainsi il y a peut-être une légère diminution de sensibilité sur la partie inférieure de l'avant-bras et le dos de la main, mais des deux côtés; sur les doigts elle dépend probablement de l'épaississement de l'épiderme. *La sensibilité générale* (voy. fig. 18) est affaiblie à des degrés différents dans toute la moitié gauche du corps à l'exception d'un petit endroit hypéresthésié sur le cou. L'analgésie de la cuisse est un peu moindre que celle de la jambe et du pied. *Du côté droit* il existe une petite zone légèrement analgésiée qui occupe le cou et peu à peu passe dans la région de la sensibilité normale, près de

[1] CFC. — Contracture du Catode Fermée. (Ka Sz.) AOC. — (An. OZ.) etc. Chiffres en milliampères.

[2] Les chiffres bas ne sont obtenus qu'à une certaine position strictement définie de l'électrode.

[3] Peut-être n'avait-on pas réussi à placer convenablement l'électrode à l'endroit cité plus haut.

[4] C. à. d. qu'à 11 MA., il n'y a pas de contraction.

l'épine de l'omoplate à la surface postérieure et une dizaine de centimètres au-dessous de la clavicule à la surface antérieure du tronc.

Le sens de la température est considérablement touché sur tout le côté gauche du corps où le malade ne perçoit pas la différence de 10 à 20°. Du côté droit il est normal sur le thorax et les extrémités, mais à la face, à la tête et à la nuque, il a souffert au même degré qu'à gauche. *Le sens musculaire* (la conscience de la position des membres, l'appréciation des mouvements passifs) est normal. *Les nerfs et les muscles* sont insensibles à la pression. Il existe toute une série de troubles inconstants subjectifs dans la sphère de la sensibilité, dont il sera question plus bas. La moitié gauche du corps est *frileuse* et paraît plus froide au palper que la droite. *Les organes des sens supérieurs* sont à l'état normal. Le fond de l'œil est normal. Le *sommeil* est bon. *Les facultés intellectuelles* ne sont pas altérées. L'humeur est un peu triste, il y a tendance à l'*hypochondrie*, le malade observe beaucoup ses sensations et se plaint à chaque visite. Pas de troubles subjectifs, ni objectifs dans les organes thoraciques. Le foie et la rate ne sont pas augmentés. L'appétit est bon. Après une nourriture abondante, il y a pression à l'épigastre, parfois des renvois. Le ventre est légèrement douloureux à la pression; il y a tendance à la constipation. Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital le malade se plaignait *d'une série de phénomènes subjectifs* plus ou moins intenses. En somme, la fréquence de leur apparition et de leur intensité allait en diminuant; quelques-uns se sont manifestés en tout deux ou trois fois.

Douleurs. — Les plus fréquents d'entre ces phénomènes consistaient en douleurs variées : dans le côté, les muscles du cou pendant le mouvement, de même que pendant le repos, des douleurs constrictives et poignantes dans les reins, dans les vertèbres thoraciques supérieures; une céphalalgie générale fréquente; douleur à la nuque et les membres. Une sensation de cuisson inquiétait souvent le malade : elle se localisait principalement à la tête, la nuque, la moitié gauche du corps, sur le cou, dans les endroits où se trouvait la thermoanesthésie ; ses degrés étaient divers : tantôt sensation de chaleur, tantôt cuisson plus ou moins intense allant jusqu'à la douleur; cette sensation ne comprenait ordinairement que telle ou telle autre région de la sphère citée. Pendant la nuit, il éprouvait surtout de la cuisson : dans la journée, celle-ci était remplacée par une sensation de froid éprouvée dans toute la moitié droite du corps jusque dans le bain à 28° R. De temps en temps, sensation de fourmillement, qui se répandait de la tête au dos; vertige parfois au lit, parfois sentiment de chancellement et de secousses dans le tronc même dans la position assise d'origine apparemment musculaire. Dans le membre supérieur droit il y a eu des crampes de courte durée, dans les fléchisseurs des doigts, tan-

tôt dans l'un, tantôt dans l'autre. D'après l'expression du malade, il éprouve une sensation de traction dans le dos et le côté, quoique les contractures franches manquent et que la tension du muscle sterno-cléido-mastoïdien et de la portion cervicale du trapèze droit existait simultanément avec inclination de la tête à gauche et par conséquent, ne faisait qu'empêcher la chute de la tête sur l'épaule gauche. Malgré les plaintes du malade, son état à l'hôpital continuait à s'améliorer; pendant tout son séjour, la sensation de constriction et de tension musculaire a considérablement diminué : la scoliose s'est amoindrie; il s'est mis à tenir la tête plus droite, sa démarche est devenue plus normale.

La force s'est accrue dans la main droite. Le clonus des pieds, l'anesthésie et l'irrégularité pupillaire n'ont point éprouvé de changement. Pendant ses quatre mois de séjour à l'hôpital le malade usait de bains chauds et de la galvanisation de la moelle épinière trois fois par semaine. Pendant le premier mois, il prenait de 0,75 à 1 gr. d'iodure de potassium par jour et durant ce temps, il maigrit et pâlit beaucoup. Ce remède avait été abandonné et l'on prescrivit le nitrate d'argent.

Un séjour de trois mois à la campagne après la sortie de l'hôpital ne fut d'aucun profit. La maladie se mit à progresser de nouveau, les troubles de la déglutition augmentèrent. G... abandonna sa place à Moscou et partit pour la campagne. Je ne sais rien sur son état ultérieur.

Ce cas satisfait entièrement aux considérations du diagnostic établies par Schultze. Nous avons : 1° atrophie des muscles des membres supérieurs; 2° anesthésie partielle sans symptômes d'interruption de conductibilité (pour les voies sensitives) dans la moelle épinière; 3° troubles trophiques, il est vrai que c'est toujours sous forme d'épaississement de l'épiderme (eczéma ?); mais en revanche, nous avons une série d'autres symptômes caractéristiques : une masse de troubles subjectifs de la sensibilité et une anesthésie partielle dans la sphère du trijumeau, indiquant la lésion des racines ascendantes en même temps qu'il y avait absence presque complète d'autres symptômes bulbaires. (*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS

DEUX CAS D'ATHÉTOSE DOUBLE AVEC IMBÉCILLITÉ;

Par BOURNEVILLE et PILLIET.

Les deux observations sur lesquelles nous allons appeler l'attention ont trait à une maladie nerveuse encore peu connue et dont le diagnostic précis nous paraît offrir quelque difficulté.

OBSERVATION I. — *Deux frères ont eu des convulsions dans l'enfance. — Frère probablement épileptique. — Emotion de la mère, trois semaines avant l'accouchement, et tremblement consécutif. — Parésie et tremblement du malade dès sa première enfance. — Placé en hospice à huit ans. — Difficultés de la marche et chutes par exagération des mouvements des jambes. — Difficulté de manger et de boire due aux mouvements désordonnés des membres supérieurs. — Contorsions du tronc, du cou, des muscles de la face; signes plus marqués du côté droit. — Parole scandée et embarrassée. — Mouvements rares au repos; exagérés par la plus légère émotion. — Santé générale satisfaisante; caractère puéril, mémoire bonne. — Onanisme; atrophie du testicule gauche. — Dévotion.—Pèlerinage à Lourdes.—Amélioration lente des mouvements sous l'influence de l'hydrothérapie et de la marche avec le chariot. — Transfert du malade aux vieillards; continuation de l'amélioration.*

Dernoed... (Nicolas), né à Paris le 1er mai 1847, est entré à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 23 janvier 1882.

Renseignements fournis par sa sœur (22 février 1882). — *Père*, intelligent, d'un caractère doux, a été trente-quatre ans cocher à la compagnie générale, est mort à soixante-six ans d'une *bronchite chronique;* il était grand, fort; on assure qu'il ne fumait pas et ne faisait pas d'excès de boisson. Quelques douleurs rhumatismales; pas de maladies de peau, pas de migraines. [*Père,* maître d'école en Hollande, pas de détails, — ni sur la *mère.* — Deux

frères ; l'un est maître d'école, bien portant, et a une fille en bonne santé; un fils est mort de la petite vérole; — l'autre frère est mort à soixante ans, on ne sait de quoi. — Deux *sœurs* bien portantes: l'une a trois filles, l'autre a trois filles et un garçon, également en bonne santé. Dans la famille, pas d'aliénés, d'épileptiques, de choréiques, ni de difformes; pas de suicidés, ni de criminels.]

Mère, soixante ans, journalière, faisait des ménages; asthmatique, pas de maladies de peau, ni d'attaques; n'est pas nerveuse, aucun excès. [*Père*, mort on ne sait de quoi. — *Mère*, morte en couches à vingt-sept ans, pas de détails.— Un *frère* bien portant, sans enfants. — Trois *sœurs* bien portantes, l'une a trois enfants en bonne santé.— Pas d'aliénés, d'idiots, d'épileptiques, etc.]

Pas de consanguinité (père hollandais, mère lorraine).

8 *enfants :* 1° un mort-né; — 2° un, mort à trois ans, du choléra, avec *convulsions;* — 3° notre malade; — 4° garçon, trente-un ans, aurait eu une fois des *convulsions* dans l'enfance, est bien portant, pas de chorée, marié, a eu deux enfants qui sont morts l'un d'une fluxion de poitrine, l'autre de cholérine, mais sans convulsions; — 5° garçon mort à vingt-deux ans et demi d'hémoptysies successives, pas de convulsions, pas de chorée; — 6° garçon, mort à vingt-deux ans d'un refroidissement après avoir été vingt mois malade (phthisie); pas de chorée ni de convulsions; — 7° fille, celle qui nous renseigne; brune, intelligente, figure régulière et agréable, non mariée; bien portante, pas de migraines, de chorée, de convulsions; — 8° garçon, vingt-un ans, bien portant, intelligent, pas de chorée ni de convulsions; mais, depuis trois ans, il serait sujet à de petits accidents cérébraux que l'on décrit ainsi : yeux fixes, perte de connaissance, parfois rigidité; écume sanglante, ronflement. Quelques mouvements de la tête, mais ne se débat pas. Il aurait eu deux crises la semaine dernière; il n'en avait pas eu depuis trois mois (épilepsie ?).

Notre malade. — *Grossesse* bonne; pourtant, à huit mois, la mère a été émotionnée par la mort de son second enfant. Elle aurait été prise d'un *tremblement* qui a duré trois semaines, jusqu'à l'accouchement. — Celui-ci a eu lieu à terme, naturellement, sans chloroforme. On pense que l'enfant est resté lontemps au passage: « ses accouchements étaient longs » ; on ne saurait dire s'il était asphyxié. Elevé au sein par sa mère, sevré à vingt-huit mois. Le *tremblement aurait été remarqué de suite et serait de naissance.* « Dès le premier jour, il a tremblé et il a emporté le tremblement de notre mère. » Il n'a jamais marché à la maison. « Aussitôt qu'il était debout il tombait. » Envoyé à la campagne à cinq ans, il y est resté jusqu'à son entrée à Bicêtre pour la première fois à huit ans et demi environ. Il fut ensuite transféré à Rhodez,

en 1864, de Rhodez à St-Lizier où il est resté jusqu'en 1882, époque où il fut ramené à Bicêtre sur les instances de sa famille.

Il a parlé « en bégayant », vers deux ans; il a été propre de bonne heure; on ne croit pas qu'il ait eu d'otites ni d'ophthalmies, ni de fièvres éruptives, ou de maladies d'enfant, du moins chez ses parents. — On attribue sa maladie à l'émotion et au tremblement survenus à la fin de la grossesse. « Ma mère a senti un choc en elle, et a senti l'enfant remuer. »

Sur la période de 1857 à 1864, nous avons quelques renseignements très curieux parce qu'ils confirment les détails donnés par la famille et nous permettent, en comparant les symptômes à deux époques très éloignées (1857 et 1887) de bien mettre en relief l'amélioration survenue dans l'état du malade. Le certificat de M. Lasègue est ainsi conçu : *Idiotie, paralysie, épilepsie probable.* — Le certificat de quinzaine, signé de M. Delasiauve, porte : *Chorée, imbécillité; pas de crises épileptiques.* Voici, d'autre part, les notes recueillies par notre vénéré maître (1857-1864) :

« Cet enfant, d'une force médiocre, a un fond d'intelligence ; il répond à quelques questions en bredouillant. Le certificat de police mentionne l'idiotie avec accès épileptiques présumés. Cette dernière affection paraît douteuse; les mouvements irréguliers dépendraient plutôt d'un état chloréique. *L'enfant ne peut*, seul, *se soutenir sur les jambes ;* s'il marche ou remue les bras, il ne peut prendre une direction fixe. La prononciation a le même caractère. Au repos, les phénomènes sont moins sensibles, mais ils existent à un certain degré... »

Nous relevons ensuite les notes ci-après: « 1857. *Novembre*: *Ophthalmie.* — 1858. *Décembre* : Malgré les exercices discontinués trop tôt, on ne note que peu d'amélioration. — 1859. *Avril* : *Fièvre scarlatineuse*, puis traitement par la liqueur arsénicale de Fowler. En *septembre*, *ophthalmie.* — 1861. *Décembre* : L'exercice de la poulie lui donne de la force ; *il se soutient un peu mieux sur les jambes et fait un pas en avant.* — 1862. *Juin* : Les yeux vont beaucoup mieux; l'exercice lui a rendu un peu d'agilité. *Novembre* : Ophthalmie à droite. — 1863. *Mai* : Facilités pour le calcul qui ne sont pas les mêmes pour la lecture ; marche moins difficile. — 1864. *Février* : Il épèle et récite la *Cigale et la Fourmi.* — *Juin* : Oreillons ; ophthalmies palpébrales fréquentes. — 1864. *Juillet* : Prurigo généralisé. *Transféré* le 18 septembre à l'asile de Rhodez. »

Le malade assure qu'à son départ il ne marchait pas encore seul, qu'il restait tout le temps assis sur un petit fauteuil, que c'est à Rhodez *qu'il a commencé à marcher seul.* Nous insistons dès maintenant sur ce fait qui a une grande valeur au point de vue du diagnostic et nous reprenons la suite de l'observation depuis l'époque où le malade est revenu dans le service.

1882. 9 *mars*.— Revacciné avec succès (une pustule au bras droit).

16 *août*. — *Etat actuel*. *Poids*, 50 kilogr. 80. — *Tête* assez forte. Pas de saillie de la région occipitale, aplatissement de la région comprise entre le vertex et l'occipital; bosses pariétales moyennement saillantes. *Front* assez élevé, légèrement fuyant, étroit. Arcades sourcilières légèrement déprimées.

Circonférence horizontale de la tête	0^m,58
— d'une oreille à l'autre par le vertex	0, 35
Diamètre occipito-nasal	0, 178
— bi-pariétal	0, 178

Oreilles (hauteur 6 cent.) assez écartées du crâne, la droite n'est pas très bien ourlée, lobule adhérent.—Iris bleu, pas de strabisme : disparition partielle des cils aux paupières inférieures, et très léger degré d'ectropion, restes des *ophtalmies* de l'enfance. *Pas de nystagmus*. — *Nez* droit, un peu aplati; narines horizontales, elliptiques, égales.

Bouche assez grande, la lèvre inférieure est épaisse. L'os malaire est un peu proéminent; le menton est carré, le visage ovale, les plis de la face égaux des deux côtés. *Souvent le malade plisse la lèvre spasmodiquement*. — Aux arcades dentaires inférieures, manquent les canines, quatre grosses molaires, deux petites. Aux supérieures, deux canines, deux incisives, deux petites molaires et quatre grosses. Palais assez profond, non ogival. La luette, les piliers, les amygdales n'offrent rien à noter.

Cou assez gros (39 c.). — *Thorax* régulier (72 c. au-dessous des mamelons). L'échancrure des flancs est régulière; les fesses sont un peu aplaties, allongées; le *bassin* est normal.

Les jambes paraissent courtes; les genoux sont rapprochés l'un de l'autre. Le malade debout repose sur la moitié antérieure du pied comme s'il avait un double pied bot équin; le talon droit est un peu plus élevé que le gauche (Planches I et II). Dans la marche le pied n'appuie que sur les orteils, les jambes sont toujours demi-fléchies sur les cuisses, les genoux appuyés l'un contre l'autre, le genou gauche un peu plus en dedans que le droit. Le malade ne fauche pas dans la marche, la jambe se soulève brusquement pendant que le tronc se tord.

Quand Dern... marche étant habillé, les jambes sont légèrement fléchies ainsi que les cuisses. les bras sont étendus en avant, les avant-bras un peu fléchis, les doigts en mouvement. Le corps se tortille, les genoux se touchent, le pied ne repose que sur sa partie antérieure; les talons sont fortement relevés, la pointe du pied droit se dirige un peu en dedans. Il arrive à suivre assez bien la ligne droite, mais parfois il est entraîné malgré lui de côté, et tombe très souvent. La marche est plus difficile quand on le regarde. « Çà m'é--mo---tionne é-nor--mément. » Il descend les

escaliers en se tenant fortement à la rampe. Dans la cour, il marche à l'aide d'un chariot. Il assure que la nuit, s'il n'y a pas de lumière, il est moins solide et ne peut marcher sans son chariot.

Quand Dern... *mange*, il saisit brusquement les bouchées de pain préparées par l'infirmier; ses doigts les serrent énergiquement. Lorsqu'il porte le pain à sa bouche, la bouche vient en avant et la tête s'incline, l'avant-bras est relevé également et décrit des oscillations. Quand Dern... veut prendre sa fourchette, les doigts s'écartent complètement, puis les quatre derniers l'empoignent violemment, le pouce restant en dehors et ne formant pas crochet; parfois le pouce et l'index se détachent de la fourchette et exécutent des mouvements. Quand il a saisi le morceau de viande avec la fourchette, par une sorte de mouvement de bascule il appuie fortement sur la table l'avant-bras et le rebord cubital de la main, et la tête vient au-devant de la bouchée en exécutant de nombreuses oscillations. Parfois, mais rarement, il se pique la bouche. De préférence il se sert de la main gauche pour prendre son pain, et les mouvements d'élévation de l'avant-bras et d'abaissement de la tête sont alors moins marqués que s'il se sert du bras droit.

1883. *Janvier* : *Poids*, 49 kilogr. 80.— *Juillet* : *Poids*, 48 kilogr.

1884. *Janvier* : *Poids*, 48 kilogr. 20.—*Juillet* : *Poids*, 47 kilogr. 40.

3 *novembre*. — A deux heures de l'après-midi, le malade étant debout contre son lit, s'est senti tout à coup défaillir, et s'est plaint d'une douleur vive dans le flanc droit. Face pâle, sueurs froides sur la figure et le corps, cou gonflé, pouls faible, lent, régulier (60 p.). Mouvements respiratoires réguliers (20), soulevant les joues. Pupilles égales, contractions musculaires faibles, mais pas de paralysie. T. 38°,2. Le malade a gardé toute sa connaissance.

4 *novembre*. — Appétit, soif vive, constipation. T. R. 37°, 8. — Hier, à deux heures et demie le malade a vomi : il avait, paraît-il, mangé une quantité considérable de pruneaux. Après les vomissements il a été soulagé.

1885. *Janvier* : *Poids*, 47 kilogr. 50.— *Juillet* : *Poids*, 49 kilogr. 20.

Notes complémentaires. — Sommeil bon, il s'endort assez lentement : « Deux... ou trois... heures... après que... je suis au lit. » Jamais de cauchemars.

Fonctions digestives bonnes; mastication passable, pas de vomissements. Selles quotidiennes; il peut aller seul aux cabinets, se déshabiller et se rhabiller, mais tout cela se fait très lentement en raison des mouvements choréiformes. Urination normale.

Moustaches châtaines, peu fournies; favoris et barbe très fournis, cheveux noirs assez abondants, sauf sur les tempes; sourcils bruns très épais.

Organes génitaux. — Poils assez abondants au pénil; bourses pendantes, plus à droite qu'à gauche, verge volumineuse; longueur 10 c. 1/2, circonférence 9 1/2. Pigmentation assez prononcée. Gland en partie découvert, découvrable; méat normal. Le testicule droit est du volume d'une noix moyenne, double du gauche qui est seulement de la grosseur d'une grosse olive. Poils assez abondants à l'anus. — *Onanisme* de quinze à dix-huit ans. Il affirme qu'il a cessé depuis et qu'il n'a jamais eu de rapports sexuels. « Il y a vingt-huit ans et demi que je suis enfermé, dit-il. »

Mémoire bonne : Der. se rappelle avoir vu l'un de nous à l'asile de Rhodez, en 1880, « un dimanche », ce qui est exact.

Parole. — La prononciation rappelle celle d'un enfant : « J'ai trente-six ans... et demi... ma mère... demeure... rue... de Meaux ..... à la Villette... La voix est nasonnée et gutturale. Les lèvres sont presque toujours en mouvement. Parfois la phrase se continue sans arrêts : « A Rhodez, j'avais une liberté relative... on me laissait sortir avec un commissionnaire... malade lui-même. » La parole est scandée par des mouvements. Il peut allonger la langue et la maintenir quelque temps hors la bouche. Il n'y a pas de tremblement, mais parfois une petite trémulation de la base à la pointe, et *vice versa.* Rire niais. — *Motilité* spasmodique, avec plissement de la face. — Assis, il reste relativement tranquille; cependant la jambe droite est parfois soulevée, le genou vient buter contre l'autre. La jambe gauche paraît rester immobile. Il repose ses mains sur ses genoux et conserve assez longtemps cette position; parfois, cependant, il a des mouvements des doigts et du bras droit. C'est ce bras qui est le plus faible — ainsi que la jambe correspondante — et qui présente les mouvements choréiques les plus accusés.

Le malade peut se rhabiller, boucler sa ceinture, se boutonner, mais lentement. Pour boire, il rapproche les deux mains, les doigts très largement espacés, et avec des mouvements d'athéthose. Une fois le vase saisi violemment, il abaisse la tête qui vient ainsi au-devant du verre, puis il la relève aussitôt en buvant.

Sensibilité. — Elle est conservée sur tout le corps; toutefois le contact, le chatouillement, le chaud et le froid semblent être plus vivement perçus à gauche qu'à droite, au tronc, aux membres et à la face?

La *vue* est bonne. La *vision* monoculaire paraît un peu trouble pour l'œil gauche (?). Les pupilles sont égales, moyennement dilatées, contractiles; le *réflexe à la lumière* et le réflexe d'accommodation sont conservés sans être exagérés; le malade distingue nettement toutes les *couleurs; pas de nystagmus; pas de diplopie;* pas de myopie. — L'*ouïe* est bonne des deux côtés : il entend le tic tac d'une montre à 40 ou 50 c. de l'oreille. — Dern... ne sait pas

le nom des odeurs, mais il distingue les agréables des désagréables. — *Goût* normal.

Les *réflexions*, le *langage* sont un peu puérils. — D... est très poli, très reconnaissant de ce qu'on fait pour lui. Il se promène toute la journée dans son chariot. *Jamais de vertiges.*

1886. *Janvier* : *Poids*, 49 kilogr. 40; *taille*, 1^m, 58.

19 *août*.—Nicolas, qui est très pieux, est parti le 16 en *pèlerinage pour Lourdes*. Il a été conduit à la gare d'Orléans par son ami Marson..., ancien malade épileptique, guéri et passé dans les divisions de l'hospice, qui disait : « Nicolas est si dévot qu'on lui ferait croire que des vessies sont des lanternes, il reviendra comme il est parti. » Les soins matériels du voyage paraissent avoir été assez bien entendus, à part ce fait que les pèlerins, au sortir de la piscine, étaient obligés de se rhabiller mouillés. A son retour, Dern... a prétendu se trouver mieux portant et plus ingambe, ce que ses camarades contestent... et avec raison.

1er *octobre*.— Depuis qu'il est passé aux vieillards [1], il s'exerce beaucoup plus librement, plus longuement et plus régulièrement que quand il était dans la section, parce que son dortoir est au rez-de-chaussée et qu'il n'est pas obligé de descendre un escalier. Il arrive à faire de longues courses dans Paris, mais, le plus souvent, avec quelqu'un qui pousse son chariot. Il est plus vigoureux; mais ses mouvements chloréiformes sont les mêmes. Quand on le rencontre il soulève sa casquette avec un mouvement saccadé tout spécial. — *Traitement* : continue *l'hydrothérapie;* pluie et jet pendant dix secondes, puis jet en éventail pendant quinze secondes; — exercices du chariot.

22 *novembre*.— Le malade a continué régulièrement les douches; il dit que son *tremblement* diminue et qu'il ne se sabre plus autant en mangeant. Suspension des douches.

1887. — Au commencement de cette année, Dern... était dans un état satisfaisant au point de vue de la santé générale; mais les mouvements spasmodiques persistaient presque aussi intenses. Voici les résultats de notre dernier examen :

Le malade *étant assis* a la tête un peu tendue en arrière, les bras allongés, mais tenus par les mains appuyées sur le ventre; les cuisses rapprochées, les genoux en contact, les jambes rejetées de côté. On note des mouvements des doigts de la main droite, des épaules, de la tête et de la jambe droite. Ces mouvements sont à certains jours beaucoup plus prononcés, plus fréquents que ce matin.

[1] Ce passage a eu lieu le 9 novembre 1885. La conduite de D... a toujours été régulière et nous n'avons pas à regretter d'avoir provoqué cette mesure.

La *physionomie* est un peu niaise et le malade a une tendance très marquée à *rire* : « Parfois..., dit-il, je ne puis pas me... retenir... alors, j'éclate. » Quand il rit, tous les muscles de la face entrent en jeu d'une façon exagérée, la bouche s'ouvre largement, les sillons naso-labiaux se creusent profondément, les plis de la patte d'oie s'accusent fortement et les paupières se ferment presque entièrement.

La *parole* est lente. Il semble qu'il soit obligé de faire un effort pour parler : la lèvre supérieure a des contorsions, elle s'avance parfois, les commissures se tirent : on dirait qu'elle est raide. Parfois aussi, il ouvre la bouche avant de parler. Lorsqu'il parle — un peu à la manière des enfants — les sillons naso-labiaux se creusent, les mots sont d'ordinaire scandés, séparés; quelquefois, il prononce plusieurs mots de suite. *Il ne s'agit pas là de bégaiement.* Dern... prononce toutes les syllabes simples, et cela nettement.

La *langue* ne sort jamais de la bouche involontairement. D... peut la maintenir allongée, sans tremblement durant un assez longtemps, la porter à gauche et à droite ou l'abaisser, mais il ne peut l'élever. Il affirme qu'elle ne roidit pas, qu'elle lui obéit et ne le gêne par aucun mouvement irrégulier.

Plusieurs expériences ont été faites pour étudier la *préhension* et les caractères des *mouvements des bras* dans cet acte. Quand le malade veut saisir un verre, placé sur une table devant lui, les membres supérieurs quittent leur position allongée sur le tronc, s'écartent, s'élèvent et se rapprochent vers le but en exécutant des mouvements choréiformes à large amplitude, tout en se dirigeant vers le verre. Les doigts sont fortement écartés, les pouces étendus. Le verre est saisi vigoureusement d'une part entre le pouce et l'index de la main droite (les trois derniers doigts restant écartés) et d'autre part les trois derniers doigts de la main gauche (le pouce et l'index restant écartés). A partir du moment où D... soulève le verre, il n'y a plus de grands mouvements comme dans la première partie de l'acte, mais seulement de petites oscillations. Il est vrai de dire que, afin de diminuer la distance entre le verre et la bouche, la tête s'est avancée en oscillant.

Quand D... veut *prendre une cuiller*, la main droite décrit des oscillations assez grandes, avec conservation de la direction du mouvement, puis la cuiller étant saisie énergiquement, il la porte à la bouche, le bras n'étant plus animé que de petites oscillations. Les caractères des mouvements dans ces deux actes doivent être retenus, car ils diffèrent de ceux qu'on observe soit dans la *chorée*, soit dans la *sclérose en plaques*.

Quand le malade *veut se lever* de sa chaise, il garde les bras allongés, les mains restent en contact, il penche le tronc en avant, fait un effort considérable pour se mettre debout, effort accompagné de mouvements athétosiques de la face et des doigts,

Dans la *station verticale*, la tête est animée de petites oscillations le tronc se tient à peu près droit, mais les cuisses sont rapprochées, fléchies sur le bassin, et rapprochées de telle sorte que les genoux sont en contact; les jambes très écartées sont fléchies. Si la station verticale persiste — sans soutien — on observe bientôt de petites secousses rappelant celles des pantins à ressort.

Dans la *marche*, D... porte le tronc un peu en arrière et incliné à droite, la tête dans l'extension ; le bras droit est accolé au tronc, l'avant-bras très écarté et élevé; le bras gauche est également appliqué le long du thorax et l'avant-bras dirigé en avant; dans cette attitude, les avant-bras jouent le rôle d'un *balancier* afin de maintenir l'équilibre. Quant aux membres inférieurs, ils conservent leur même degré de flexion. Le pied droit n'appuie que sur son tiers antérieur et sa pointe est tournée en dedans; le pied gauche tourné en dehors, porte davantage et il semble que, parfois, le talon touche le sol. Les jambes, surtout la droite sont agitées de quelques mouvements choréiformes qui ne sont en rien comparables aux *mouvements de projection des ataxiques*. La seule analogie consiste en ce que les pieds se soulèvent plus que de raison. Le malade a une légère tendance à s'écarter de la ligne droite et sort quelquefois du tapis, large de 45 centimètres, sur lequel nous le faisons marcher. Tout le corps est roide. Dern... dit qu'il ne peut pas se servir de canne à cause des mouvements de ses doigts. Tandis que seul, sans aucun secours, il ne marche que lentement, dans son chariot, il peut marcher assez vite et faire, comme nous l'avons déjà noté, de longues courses dans les cours ou aux environs de l'hospice, et même loin dans Paris, et cela sans grande fatigue.

Un nouvel examen des *sens spéciaux* confirme ce que nous avons mentionné plus haut et montre qu'il n'y a pas de différence notable entre les deux côtés. Il en est de même de la *sensibilité générale* qui paraît plutôt un peu exagérée : « La moindre des choses qu'on me touche, ça me fait sensation. » Et, de fait, le moindre chatouillement, une piqûre légère, l'excitent et le font rire bruyamment.

Le malade *couché*, on relève les particularités suivantes : La moitié droite du thorax est un peu aplatie, surtout au-dessous de l'omoplate; la colonne dorsale est légèrement incurvée à gauche et en avant, l'épaule gauche est arrondie et plus élevée que la droite. — Les articulations sont un peu roides, mais s'assouplissent après quelques mouvements. Elles ne sont le siège d'aucun craquement.

La *notion de position* est conservée. — Il n'y a *pas d'épilepsie spinale*. Le *chatouillement de la plante des pieds* produit des mouvements réflexes considérables. La recherche du *réflexe rotulien* est très difficile, car le malade contracte sans cesse ses muscles, et si,

pour y parvenir on essaie de distraire son attention, on exagère, au contraire, la contraction des muscles. — Dern... peut toucher avec ses pieds la main de l'observateur sans qu'il y ait *erreur de direction;* il y a seulement quelques petits mouvements. Il en est de même si on lui fait porter l'un ou l'autre index sur son nez.

La *force musculaire* n'est nullement affaiblie. Il parvient à fléchir les jambes allongées lorsqu'on cherche à s'y opposer. Le dynamomètre Mathieu fort donne pour la main droite 20 et 18 pour la main gauche, résultat en contradiction avec l'examen.

Le malade étant levé, on le fait *marcher pieds nus.* On constate alors que le talon gauche, qui avec les souliers paraissait quelquefois toucher le sol, reste élevé et que les orteils, surtout ceux du pied droit, sont animés de *mouvements d'athétose.* Le *signe de Romberg* n'existe pas : le malade se tient debout et marche aussi bien les yeux bandés que lorsqu'il a les yeux ouverts. Il déclare mieux marcher avec ses souliers que pieds nus.

Observation II. — *Père très nerveux, sujet à des accidents probablement épileptiques (vertiges procursifs?); fréquents excès de boissons. — Tante paternelle alcoolique et débauchée. — Grand-père maternel, excès de boisson. — Oncle paternel et deux cousins germains maternels, convulsions. — Un frère, convulsions, arriéré. Deux sœurs mortes de méningite.*

Conception durant l'ivresse. — Premières convulsions prolongées à trois mois, secondes convulsions à trois mois et demi. — Gourmes, étisie, état paralytique, prédominant à droite. — Apparition des grands mouvements spasmodiques à l'occasion des gestes et des mouvements spontanés. — Contractures avec les mouvements provoqués. — Accès de colère. — Bave jusqu'à huit ans. — Impossibilité de marcher, de s'habiller, de parler et de manger seul jusqu'en 1880. — Gâtisme. — Prédominance des mouvements du côté gauche, légèrement plus fort que le droit. — Insuccès de la médication arsénicale. — Susceptible d'éducation, affectueux. — Exercices de marche; hydrothérapie. — Amélioration progressive. — Il arrive à manger, à marcher dans un chariot, à dire quelques mots. — Guérison du gâtisme.

Lemaig... (Emile-Auguste), né le 18 novembre 1863, est entré à Bicêtre le 16 octobre 1872.

Renseignements fournis par sa mère (24 avril 1882) — *Père*, charretier, mort en 1871 à la Pitié, à la suite d'une fracture de jambe compliquée qui avait nécessité l'amputation. Il était assez grand et gros, faisait, dès l'époque de son ménage (trente et un ans), des *excès de boisson* (vin, eau-de-vie). Il était tous les jours « un peu lancé »; souvent la nuit, il se levait, sa femme lui ouvrait alors la porte,

parce qu'une fois il avait sauté par la fenêtre. Il jetait n'importe quel habit sur lui *et se sauvait en courant (vertige procursif?)*. Puis, au bout de dix à quinze minutes, il revenait se recoucher sans rien dire. Le lendemain, il ne se rappelait rien. Ceci lui serait arrivé cinq à six fois; d'autres fois, sa femme est parvenue à le retenir. Il était violent, disputeur. « Il m'a battu bien souvent et m'a fait bien du mal ! » Douleurs de tête consécutives aux excès; pas de migraines; pas de maladies de la peau; on ne sait s'il a eu la syphilis; pas d'angines, d'ulcérations, etc.; il fumait très peu. Il n'a pas eu d'autre maladie durant son mariage qu'une affection osseuse, consécutive à sa fracture. Il n'avait pas d'attaque, mais était très nerveux. Il disait que son enfant (notre malade), lui avait emporté sa maladie et qu'il était moins nerveux. — [*Père*, garde champêtre, est mort très âgé; on croit qu'il était sobre. — *Mère*, ménagère, morte de vieillesse. — Deux *frères* : l'un est mort étant soldat, d'un refroidissement, l'autre serait mort des suites d'une maladie vénérienne. — Une *sœur*, fille publique, alcoolique, est morte de la poitrine; elle aurait eu dans son pays, à quinze ans, un enfant qui est venu mort; elle est ensuite venue à Paris « faire la noce; » n'a pas eu d'autres enfants. — Un *oncle* est mort à Bicêtre aux vieillards. Pas d'aliénés, d'épileptiques, etc., dans le reste de la famille.]

Mère, quarante-sept ans, couturière, taille ordinaire, physionomie indifférente, assez intelligente cependant. Elle a perdu son père quand elle avait sept ans : « J'ai été menée à coups de pieds, à coups de poings, chez l'un, chez l'autre, à la campagne où je gardais les bestiaux. » Pas de convulsions dans son enfance, croit-elle. Réglée à douze ou treize ans, mariée à vingt-six, ménopause à quarante-six. Sujette depuis sept à huit ans à des douleurs de tête; pas de migraines; pas d'attaques; n'est pas nerveuse. [*Père*, cultivateur; *excès de boissons*, mort à la suite d'une chute avec fracture de côtes. — *Mère*, morte à soixante-huit ans, « après avoir traîné »; travaillait aux champs, était colère, n'avait pas d'attaques. — *Grands-parents maternels* devenus aveugles à la fin de leur vie; du *côté paternel*, pas de renseignements. — Quatre *frères* vivants et bien portants, qui ont eu deux, six, un et deux enfants, sur la plupart desquels on n'a pas de renseignements. Pourtant l'un de ceux qui sont à Paris est bien portant, mais a eu beaucoup de *convulsions* étant jeune; il a deux enfants qui ont eu des *convulsions répétées*. — Une *sœur*, morte à son retour d'âge, n'avait pas d'attaques. — Point d'épileptiques, d'aliénés, de criminels, etc.]

Pas de consanguinité. — Sept *enfants* : 1° *notre malade*; — 2° garçon, dix-sept ans, cordonnier; a eu des *convulsions internes* dans la première enfance; puis, de trois à quatorze ans, des douleurs de tête sans vomissements, pendant lesquels il devenait « rouge comme un coq ». Intelligence médiocre : « il n'a pas trop de

débouchés »; — 3° fille bien conformée, morte à deux mois « d'une espèce de *méningite*, en quinze jours », avec *convulsions internes*; — 5° garçon, treize ans; pas de convulsions; n'est pas fort; mais il est intelligent et très vif; apprend bien; — 5° garçon mort à trois jours on ne sait de quoi, était né à terme; pas de convulsions; — 6° fille morte à quatre ans et demi de *méningite*, avec *convulsions*, en quatorze jours; — 7° fille, morte du croup à trois ans.

Notre malade. Au moment de la *conception*, le mariage datait de 3 mois. Il est probable que le père était *ivre*, car il était surtout porté aux rapports sexuels quand il avait bu. Au point de vue de l'hérédité paternelle, il ne paraît pas y avoir eu d'interposition; « Bien que j'aie eu beaucoup de misères, dit la mère de l'enfant, je n'ai eu que mon mari. » — *Grossesse* bonne, sauf quelques disputes avec son mari à cause de ses excès. Pas de misère exagérée, pas de coups, de peurs, pas d'alcoolisme. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. — A la *naissance*, l'enfant avait trois fois le cordon autour du cou; cependant on croit qu'il n'était pas bleu; on ne l'a pas frotté. (Son second enfant avait un circulaire du cordon autour du cou et était cyanosé.) — Elevé au sein par sa mère jusqu'à dix-huit mois. A trois ou quatre mois, *premières convulsions;* jusque-là il était fort et paraissait bien venir. Les convulsions portaient sur les yeux; on ne peut rien dire des bras ni des jambes. Ces convulsions ont duré huit à dix jours avec des intervalles. Il écumait un peu; le ventre était flasque; « les boyaux tombaient tellement il était faible. » Les *secondes convulsions* sont venues environ quinze jours après; elles ressemblaient aux premières, venaient par intervalles, on ne peut rien dire de l'état des membres. Il refusait le sein et était « tombé en *étisie* ». De six à dix mois, il était si faible qu'il était « comme un enfant mort ». A cette dernière époque, il eut sur la tête des croûtes très abondantes, « comme il n'y en a pas beaucoup ». Elles ont beaucoup suppuré; cela a duré jusqu'à treize mois. Il a eu au cou des *glandes* qui ne se sont pas abcédées. Jamais d'ophtalmie ni d'otite. « Cette gourme l'a sauvé, mais il est resté décharné comme un vrai squelette jusqu'à trois ans. Je le cachais dans une pelisse parce que je craignais qu'on m'accusât de ne pas le soigner. » *On a essayé de le faire marcher, sans résultat;* on lui donnait des bains de lie de vin, de sel; des bains dans de l'eau de tripes; on le couchait sur la fougère, etc. Il a commencé vers neuf ans à se traîner par terre, sur le *côté gauche*. Il se servait un peu de la main gauche; par exemple, pour gratter la terre, creuser un trou. La *parole* a toujours été absente, il cherchait à se faire comprendre par signes, par des grognements. La *mémoire* est bonne; il suffit qu'il voie une personne une fois pour se la rappeler, il affectionne sa mère, ses frères; il est caressant. Avant l'entrée à l'hospice, il

était emporté, il fallait lui céder. Il ne déchirait pas, n'était ni gourmand ni voleur. Il a *bavé* jusqu'à sept ou huit ans au point qu'il mouillait tout ce qu'il avait devant lui. Pas de succion, de rumination, pas d'onanisme; sommeil bon, pas de cris nocturnes, pas de douleurs de tête appréciables pour les parents. *A partir de l'âge de six mois, il n'aurait plus eu de convulsions.*

Pas de vers; rougeole à cinq ans, pas d'autres fièvres; coqueluche modérée vers huit ans et demi. Depuis son entrée à Bicêtre, il n'aurait pas fait de grandes maladies. Il a toujours été sujet aux engelures et en a eu également ici.

1881. 16 *septembre*. — *Poids*, 40 kilogr. 300. — *Taille*, 1m,45. Cet enfant est gâteux et par conséquent en robe. On le fait manger. Il passe d'habitude son temps couché ou assis sur un fauteuil. Parole et marche nulles. — *Traitement* : toniques; exercices de marche; de plus, on le placera trois fois par jour sur le vase pour le rendre propre.

31 *juillet*. — *Poids*, 41 kilogr. 20. — *Taille*, 1m,50.

1882. 1er *juin*. — *Poids*, 41 kilogr. 20. — *Taille*, 1m,55. — *Traitement* : mêmes exercices que précédemment. *Hydrothérapie* du 1er juillet au 30 octobre: deux de ses camarades le maintiennent sous la douche en le tenant par les bras. — Il s'est amélioré surtout sous le rapport du gâtisme et a été mis en culotte au commencement de l'année.

30 *juin*. — Depuis près de dix mois, il ne lui est arrivé que quelques fois d'uriner dans sa culotte, et alors il en est très vexé. Amour-propre assez développé, très affectueux. On l'exerce tous les jours à marcher et il commence à y arriver en se tenant aux lits. Il est allé au concert le 27, était très heureux, manifestait sa joie par des « hou hou » et essayait d'applaudir. Dans le service, il joue presque le rôle de gendarme et, par ses gestes et ses cris, attire l'attention quand un enfant fait mal. Il mange seul, mais ne peut se servir que de la cuiller qu'il tient de la main gauche. Montre qu'il désire continuer les douches.

Décembre. — *Poids*, 40 kilogr. 70. — *Traitement* : injections hypodermiques de liqueur de Fowler. Cinq gouttes par jour (sol. à 10[10. — 11 *décembre*, six gouttes. — 15 *decembre*, sept gouttes. On augmente quotidiennement la dose et on arrive à onze gouttes le 28 décembre. Pas de symptômes généraux, pas d'accidents locaux, sauf de petites indurations avec la solution glycérinée.

1883. *Janvier*. — *Poids*, 41 kilogr. 70; *taille*, 1m,55.

11 *janvier*. — 4 gouttes de liqueur de Fowler. Ni accidents locaux, ni accidents généraux. Les symptômes choréiformes ne paraissent aucunement modifiés.

16 *février*. — A la suite des injections, il s'est produit trois à

quatre noyaux sous-cutanés du volume d'une noisette, à la face postérieure de l'épaule et à la naissance du bras gauche ; ils sont indurés, douloureux et un peu rouges.

1er *mars.* — Les injections ont été continuées à 20 gouttes depuis le 11 février.

12 *mars.* — *Suppression du traitement*, qui n'a produit aucune amélioration.

26 *mai.* — *Dentition.* Mâchoire supérieure, seize dents bien rangées, saines; mâchoire inférieure, treize dents; manquent une molaire droite, deux premières molaires gauches, une molaire droite cariée. Articulations normales; voûte palatine profonde et bien développée; gencives en bon état.

30 *juin.* — *Poids*, 39 kilogr. 60; *taille*, 1m,55. — *Traitement* : Hydrothérapie du 4 mai au 10 novembre. Le malade est arrivé à pouvoir marcher soutenu sous les bras ou en allant de lit en lit.

1884. *Janvier.* — *Poids*, 45 kilogr. 60; *Taille*, 1m,55. — Hydrothérapie du 1er avril au 11 octobre, et exercices de marche.

1er *juillet.* — On le descend dans la cour tous les jours, *il continue à être propre.* Même état choréique. Il continue à indiquer par signes ce que les autres font, et avertit en cas d'accidents. Il avait pris en affection nne personne du service et lui envoyait les fleurs qu'on lui donnait.

Organes génitaux. — Au pénil, poils longs, roux et très fournis. Verge petite, gland découvrable, méat normal, bourses pendantes, testicules peu volumineux. Pas d'onanisme : il proteste énergiquement contre cette allégation : et dit *non, non*, avec des gestes multipliés.

1884. 4 *août.* — *Etat actuel.* — *Crâne* ovoïde, régulier, paraissant symétrique.

	1884	1887
Circonférence horizontale	0m 54	0m535
Demi-circonférence verticale	—	0, 34
Distance de la racine du nez à la protubérance occipitale externe.	—	0, 36
Diamètre antéro-postérieur	0, 18	0, 185
Id. bi-orbitaire	0, 11	0, 12
Id. bi-pariétal.	0, 14 1/2	0, 145 1/2
Id. bi-auriculaire.	—	0, 135

Face ovale, régulière, symétrique. *Front* moyen, ni saillant, ni fuyant. Arcades orbitaires assez proéminentes, surtout en dehors. Nez droit, moyen, narines très écartées. *Yeux* très fendus, iris gris bleuté, pupilles égales, contractiles ; cils et sourcils longs et très abondants, pas de lésions oculaires. Pas de *nystagmus.* — *Oreilles* grandes ; bien détachées, peu ourlées ; lobule non adhérent. — *Bouche* moyenne, lèvres ordinaires.

Lemai.. contracte souvent sa lèvre supérieure de sorte qu'il s'y forme des plis verticaux sur la ligne médiane et sur les côtés, obliques en dehors et en haut. Parfois il rit bêtement, et pince sa lèvre inférieure entre ses dents. Mâchoires régulières et symétriques. *Cou* assez gros, sans rien de particulier.

Thorax large, bien conformé. Les creux sus et sous-claviculaires sont très accusés. Pas de déformation du rachis. Boutons d'acné en avant et sur les deux tiers supérieurs du dos.

Membres supérieurs assez bien conformés. L'épaule gauche descend beaucoup plus que la droite. Demande-t-on à L... de donner une poignée de main, il y arrive assez facilement de la main gauche. Sa main et ses doigts se mettent alors dans l'extension et l'abduction; et il ne peut rejoindre la main tendue qu'en imprimant à la sienne de légères oscillations. Au repos, la main étant dans l'extension, l'annulaire et le petit doigt sont légèrement fléchis comme dans la rétraction palmaire. Il tend la main gauche le bras fortement tendu, ainsi que l'avant-bras. Quand on écarte de force le pouce de la paume de la main où il est fléchi, cette paume se tourne vers le sol, les doigts fortement étendus. (PLANCHES III et IV.)

Membres inférieurs.— Ils sont égaux et n'offrent aucune déformation.

Le malade étant couché sur son lit, l'*attitude* est la suivante : les cuisses sont légèrement fléchies sur l'abdomen, les genoux rapprochés, les jambes un peu fléchies sur les cuisses; les pointes des pieds fortement portées en dedans se touchent. On ne peut ramener les membres dans l'extension, même avec une certaine force, à cause de la contracture musculaire. Les mouvements, même communiqués, sont impossibles dans les articulations tibio-tarsiennes. Les muscles postérieurs de la jambe sont contracturés. Le second orteil est croisé sur le premier, qu'il déborde même en dedans. Voici les mensurations des membres :

a) Membres supérieurs.

	DROIT	GAUCHE
Circonférence à 10 cent. au-dessous de l'acromion. .	26 1/2	27
— 8 cent. au-dessus de l'épicondyle. .	22	22
— 5 cent. au-dessous	23 1/2	24

b) Membres inférieurs.

	DROIT	GAUCHE
Circonférence au pli fessier.	43	43
— à 10 cent. au-dessus de la rotule . . .	32	32
— à 10 cent. au-dessous.	27	28
— à 8 au-dessus des malléoles.	20	21

	M. DROITE	M. GAUCHE
Dynamomètre Mathieu, moyen	7	15

La *respiration*, la *circulation* et la *digestion* s'exécutent bien. La

vue et l'*ouïe* sont bonnes; le *goût* et l'*odorat* sont conservés. Les *réflexes tendineux sont plutôt exagérés.* — *Poids*, 43 kilogr. 50. — *Taille*, 1^{m},55.

1885. *Janvier.* — *Poids*, 42 kilogr. 90. — *Taille*, 1^{m},55.

17 *juillet.* — Malade tranquille, a fait quelques progrès sous le rapport de la marche, de la préhension, etc.

Puberté. — Moustache fine et blonde, barbe assez abondante au menton et aux deux joues. Poils roux, longs, abondants au pénil. Bourses pendantes. Testicules égaux, du volume d'une petite noix. Verge : circonférence 8 c. et demi ; longueur, 7 c. et demi. Gland en partie découvert, découvrable ; méat normal. Pas d'onanisme.

Poids, 44 kilogr. 700. — *Taille*, 1^{m},55. — *Traitement* : hydrothérapie du 4 avril au 24 octobre; exercices.

1886. *Février.* — *Poids*, 49 kilogr. — *Taille*, 1^{m},55.

28 *avril.* — Se porte bien, mange, bien. Reste le plus souvent assis dans un fauteuil, avec des mouvements d'*athétose*, surtout de la main gauche. Il rit facilement, répond par gestes quand on l'interroge et continue à s'exercer à marcher dans la salle.

6 *mai.* — Le malade présente sur chaque second orteil une *ulcération* grande comme une lentille, due probablement à sa chaussure.

14 *mai.* — L... est descendu hier deux heures dans la cour et a marché en se tenant au dos des bancs. Ce matin, à l'infirmerie, nous le faisons marcher pour constater ses progrès sous ce rapport. Il marche en se tenant aux lits; il rit largement et pousse des grognements continuels pour exprimer son contentement de montrer ce qu'il sait faire. Sa marche est gênée considérablement par les mouvements choréiformes exagérés qui lui font tordre et contracter le tronc, les quatre membres et le cou à chaque pas qu'il fait. Dans la journée, il reste assis sur un fauteuil, les jambes repliées et croisées très fortement l'une sur l'autre. Leur attitude un peu forcée est constante et s'exagère à chaque geste qu'il essaye de faire pour saluer ou essayer de parler quand on s'approche de lui.

23 *juillet.* — Le malade est toujours doux et tranquille, d'un bon caractère. Il continue plus fréquemment qu'autrefois à s'essayer à marcher, soit en se tenant aux lits, soit en poussant le dos d'un fauteuil devant lui. Dans ce cas, tous ses mouvements sont exagérés et provoquent par tout son corps des mouvements réflexes de la plus grande étendue. Quand il veut, par exemple, lever la jambe, elle se plie à angle droit sur la cuisse qui se plie elle-même à angle droit, ou même à angle aigu sur le bassin. L'autre aussi se fléchit en même temps, ce qui rapetisse le malade et lui donne une allure ramassée (PLANCHES III et IV). Mais ce n'est pas tout, les membres supérieurs qu'il étend pour se soutenir aux

objets voisins dessinent des mouvements très étendus, les avant-bras se fléchissent sur les bras, les mains s'abattent, grandes ouvertes sur les barreaux des lits, en même temps le tronc et le cou se contournent et les plis de la face, autour de la bouche se tirent, ce qui donne à Lemai.. un aspect grimaçant très marqué. Il rappelle un peu, quand il essaye de marcher, un polichinelle dont on tirerait tous les fils, de façon à mettre ses membres dans des attitudes extrêmes. Au repos, nulle exagération des réflexes; parfois nul mouvement; il reste accroupi dans son fauteuil, les membres fléchis, les doigts fermés. Il comprend ce qu'on lui dit, fait remarquer par ses signes les irrégularités qui se commettent dans la salle. Il essaye de manger seul, avec une cuiller, mais à cause de ses grands mouvements, il répand la moitié du potage. Il s'essaye aussi avec la fourchette et réussit mieux à saisir la viande. Selles régulières, volontaires, tous les matins. Il sait se faire comprendre quand il a besoin d'assistance pour aller au bassin. On le fait descendre tous les jours dans la cour *où il marche à l'aide d'un chariot*. Sa mère a pu le prendre en congé pendant huit jours, ce qui n'avait jamais été possible auparavant.

1er *août*. — *Poids*, 40 kilogr.; *taille*, 1m,55.

1887. 1er *janvier*. — *Poids* : 40 kilogr. 200. — *Taille* : 1m,55.
— *Puberté*. Moustaches blondes rousses, assez fournies, barbe assez abondante ; poils longs, moyennement abondants sous les aisselles, rien au sternum ; trois ou quatre poils aux mamelons. Bourses pendantes, testicules de la dimension d'une grosse noix à droite, d'une petite à gauche. Poils roux, longs, raides, assez abondants sur tout le pénil. Verge : circonférence, 8 centim.; longueur, 8 centim. 5. Gland un peu conique, méat normal. Poils assez abondants sur les cuisses, aux fesses et à l'anus. Quelques poils sur les reins ; pas d'onanisme. Il ne gâte plus déjà depuis longtemps. — La *miction* et la *défécation* sont normales.

Le *caractère* de ce malade est toujours doux. Son rire ressemble à un grognement. Sa *parole* se traduit toujours par des éclats de voix. Quand il veut parler, sa figure se contracte, se tord plus ou moins sur le cou ; il hésite comme un bègue et finit par lancer un son ou un mot très bref. C'est ainsi qu'il dit : « Non, merci. Ah ! merde. » Il comprend ce qu'on lui dit : « Où est ton nez ? » Il répond : « Là. » Il désigne parfaitement toutes les parties de son corps. Il est aisé de voir que ce n'est pas un aphasique et que le tétanisme des muscles vocaux qui se produit dès qu'il essaye de proférer un son, est le grand obstacle à sa parole. Il mange généralement seul et assez proprement; mais, pour boire, il est indispensable qu'on l'assiste. Il y a un progrès notable dans les mouvements des jambes; il essaye de s'habiller lui-même, dit : « Attends » à l'infirmier qui veut l'aider. Les mouvements ont un

peu diminué d'amplitude, mais ont conservé ce caractère d'être constants, à l'occasion de tout mouvement volontaire ou provoqué, et de tendre à se généraliser, quel que soit le groupe musculaire mis en jeu. Lem.... avance assez bien son chariot. Sa mère le fait sortir tous les deux mois depuis qu'il est habitué au chariot. — Il a pris des douches jusqu'au 31 octobre dernier. En raison de l'amélioration considérable qui s'est produite, nous avons signé le passage de ce malade dans l'une des divisions de l'hospice.

Un nouvel examen de Lem..., fait en même temps et comparativement avec celui de Derno..., nous a permis de vérifier l'exactitude de la description qui précède, et de la rendre plus précise à quelques égards.

Assis, Lem... a les bras allongés sur le devant du tronc et tient sa main droite avec la gauche; la jambe droite est croisée sur la gauche. De temps en temps, on observe des contractions des muscles des membres inférieurs qui sont soulevés, ainsi que les épaules, des mouvements dans les doigts, des grimaces de la face: la bouche paraît serrée, comme s'il y avait une contraction permanente des lèvres qui se plissent parfois; souvent, la bouche se fronce et s'ouvre en cul de poule.

La *physionomie* offre tantôt une expression de niaiserie, tantôt une sorte d'expression d'inquiétude. Lem.... rit très facilement, pour la moindre chose; alors, tous les plis de la face sont très prononcés; la bouche s'ouvre largement, les paupières se ferment en partie et la patte d'oie se creuse, mais un peu moins que chez Derno...

La *parole*, chez lui, est très limitée ; il dit: « Non, papa, maman, merde, salope, couillon. » Il répète devant nous, les trois premiers mots; nous voulons lui faire répéter les autres, ce qui le contrarie : ses lèvres se serrent l'une contre l'autre, les commissures labiales s'abaissent, le menton se plisse, les yeux s'ouvrent. Il paraît qu'il en est ainsi chaque fois qu'il est contrarié. Lorsque Lem... parle, la langue reste presque tout le temps contre le plancher buccal et presque toujours, la bouche s'ouvre largement dès que le son est sorti. Si on essaye de lui faire prononcer d'autres syllabes, il dit: « Ia, ia. »

Il allonge la langue, mais il la maintient en appuyant sur elle la lèvre supérieure; il ne peut la porter à gauche ou à droite, ni en haut. La difficulté de la tenir allongée et libre est due peut-être aux contractions énergiques des muscles de la face qui accompagnent chaque effort. *La langue ne tremble pas.*

La *préhension* présente des particularités qui ont la plus grande similitude avec celles que nous avons relevées chez Derno... Quand Lem... veut *prendre un verre*, les membres supérieurs décrivent

de grands mouvements. Le bras droit s'élève, et la main se porte à la hauteur de la tête et un peu en arrière, en même temps que le tronc s'incline à droite et en arrière, le côté gauche se tournant vers l'objet à saisir. Le bras gauche s'allonge et Lem... prend, après avoir exécuté des mouvements choréiformes à amplitude assez larges mais sans déviation du but, le bord du verre entre le pouce et les autres doigts, puis il porte le verre à sa bouche. Dans cette dernière phase de l'acte, les mouvements choréiformes sont très peu prononcés tandis qu'ils l'étaient notablement dans la première phase.

La *préhension de la cuillère* exige les mêmes préparatifs : élévation du bras droit, inclinaison du tronc, etc.; puis, il saisit la cuillère avec des mouvements choréiformes qui la font quelquefois sauter sur place; celle-ci étant saisie, après quelques courtes oscillations accompagnant le geste de la remplir, il la porte à la bouche vivement et presque sans tremblement. Une fois l'acte exécuté une fois, il le répéte ensuite facilement.

Dans l'*acte de se lever de sa chaise*, Lem... penche le tronc en avant, étend fortement les bras dans la même direction ; les cuisses sont rapprochées, les genoux collés, les jambes très écartées, les muscles de la face se convulsent et semblent faire un effort considérable absolument comme chez le malade de la première observation.

Dans la *marche*, qui n'est possible qu'avec un aide, Lem... soulève les pieds plus qu'il n'est nécessaire, appuie le pied gauche sur l'avant-pied et son bord externe; le pied droit, qui se soulève plus haut que le gauche, appuie sur la pointe et le bord interne. Chez Lem..., les *caractères de la marche* sont absolument semblables à ceux que nous avons constatés chez Derno... avec cette seule différence que la marche est beaucoup plus imparfaite. Sous l'influence des émotions même légères les mouvements des membres et du tronc et les grimaces de la face s'exagèrent à un haut degré.

Les *sens* sont normaux. Lem... paraît connaître les *couleurs*, bien qu'il ne puisse pas les nommer; il n'y a *pas de nystagmus*, le *réflexe à la lumière* et le *réflexe d'accommodation* sont intacts.

La *sensibilité générale* est conservée dans ses différents modes; la sensibilité au chatouillement est moins exagérée que chez Derno... — La sensibilité des *muqueuses* auriculaire, oculaire et nasale est conservée, mais la sensibilité de la muqueuse palatine paraît *très* obtuse.

L'*examen au lit* permet de constater que le *réflexe rotulien* est conservé des deux côtés, qu'il en est de même de la *force musculaire* et de la *direction des mouvements*, même quand les yeux

sont fermés. Ajoutons que le malade a un sentiment exact de la *flexion* et de l'*extension* des membres. — Au *dynamomètre* Mathieu moyen on trouve 5 des deux côtés.

Dans la *marche à pieds nus*, on constate de nouveau que les pieds s'élèvent outre mesure, que les talons, surtout le droit, ne touchent pas le sol et que les orteils sont animés de *mouvements d'athétose*. La marche ne paraît pas modifiée, lorsque les yeux sont fermés.

Lem... comprend tout ce qu'on lui dit et se rend un compte exact de tout ce qui se fait autour de lui ; il sait très bien différencier ce qui est bien de ce qui est mal, il a une bonne mémoire, il est affectueux et très émotif.

Dans un prochain article nous ferons ressortir l'*analogie* du *début*, des *symptômes* et de la *marche* de la maladie chez les deux sujets qui font l'objet des observations qui précèdent et nous essaierons de montrer les *différences* qui séparent l'affection dont ils sont atteints, des maladies qui paraissent s'en rapprocher le plus : la *chorée*, la *sclérose en plaques*, l'*ataxie locomotrice* et l'*ataxie héréditaire*.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XI. Cas d'atrophie musculaire progressive du a une hydromyélie ; par M. le Dr C. Wallis.

Un paysan de trente-huit ans avait commencé à s'apercevoir, il y a dix-huit ans, de l'affaiblissement de sa main droite, puis bientôt d'une dépression entre les métacarpiens. Les mêmes altérations commencèrent à se produire à la main gauche, il y a sept ou huit ans. Lors de l'entrée du sujet à l'hôpital Sabbatsberg, le 3 janvier 1885, la main droite était en forme de griffe (« in Krallenstellung »), avec atrophie des muscles interosseux, ainsi que des éminences thénar et hypothénar. Cet état existait également, quoiqu'à un moindre degré, à la main gauche, qui n'était toutefois pas crochue. Les muscles du bras et de l'épaule du côté droit étaient aussi légèrement atrophiés. On constata, en

outre, un empyème du côté droit datant du mois d'octobre 1884, la principale raison qui avait amené le malade à demander son admission à l'hôpital, et dont il mourut au bout d'une semaine.

A l'autopsie, il fut découvert, outre l'empyème à droite, une atrophie assez marquée des muscles de la main droite, qui présentaient de minces faisceaux d'un rouge jaune pâle, englobés dans de la graisse ; atrophie moins considérable de la main gauche. La même atrophie et les mêmes altérations évidentes aux deux avant-bras, ainsi qu'à un degré notable au niveau du deltoïde et du muscle grand dentelé du côté droit.

L'examen microscopique montra que sur la plupart des points des parties atrophiées, les fibres musculaires avaient perdu leurs stries transversales et se trouvaient en voie de dégénération graisseuse; le tissu conjonctif interstitiel était très abondant et rempli de graisse. A peu près à un centimètre au-dessous de la moelle allongée, le canal central de la moelle épinière se dilatait peu à peu. Au niveau de l'origine de la deuxième et de la troisième paire cervicales, il atteignait un diamètre de près de cinq centimètres. Une atrophie excessive des cornes antérieures saute immédiatement aux yeux, tandis que les cornes postérieures ne sont pas atrophiées, mais refoulées. La dilatation du canal continue sans diminution et en conservant une forme parfaitement symétrique à travers toute la partie cervicale; passé cette partie, elle commence à diminuer, de même que l'atrophie des cornes antérieures ; mais ce n'est qu'au commencement de la partie lombaire que la moelle épinière présente une section transversale parfaitement normale. La moelle épinière n'est évidemment dilatée dans sa totalité qu'à sa partie cervicale. La paroi du canal central dilaté se compose d'une membrane scléreuse, blanche, d'environ un centimètre d'épaisseur contenant un liquide transparent, très fluide. (*Rapport d'exercice de l'hôpital de Sabbatsberg*, à Stockholm pour 1885.) A. R.

XII. Paralysies radiculaires supérieures du plexus brachial, d'origine professionnelle; par C. Vinay. (*Lyon méd.*, 1886, t. LIII.)

L'observation qui fait la base de ce travail est celle d'un individu jeune et bien portant qui, à la suite d'une compression permanente exercée par une courroie sur la région sus-claviculaire gauche, a été atteint d'abord de quelques troubles sensitifs fugaces, puis d'une paralysie des muscles de l'épaule et du bras correspondants (type Duchenne-Erb.). Les réactions électriques ont toujours été normales. La guérison est survenue graduellement, grâce à l'emploi des courants faradiques, du massage, etc.

G. D.

XIII. Paralysie infantile ; tuberculose pulmonaire ; hémiplégie droite ; diagnostic fait au lit du malade : « Tubercule cérébral ». — Autopsie confirmative ; découverte du bacille de Koch dans l'intérieur du tubercule ; par M. Sigaux. (*Lyon méd.*, 1886, t. LIII.)

Homme de quarante-trois ans qui, à la suite d'une paralysie infantile, conserva une impotence presque absolue des deux membres inférieurs et du membre supérieur gauche. Tous les deux ou trois mois depuis un an, il était sujet à des attaques apoplectiformes, sans perte de connaissance. Au mois de février 1886, il eut une attaque d'hémiplégie droite et quelque temps après mourut de tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère gauche un gros tubercule occupant le lobule paracentral et qui empiétait sur les circonvolutions pariétale et frontale ascendantes et sur la circonvolution pariétale supérieure. Autour de ce tubercule, il existait une zone de ramollissement inflammatoire. — On constata la présence de bacilles dans la tumeur. G. D.

XIV. Essai sur l'hémichorée symptomatique des maladies de l'encéphale ; par H. Bidon. (*Rev. de Méd.*, 1886.)

Sous le nom d'hémichorée symptomatique l'auteur englobe tous les genres d'incoordination motrice consécutifs à une lésion cérébrale, sauf la trépidation épileptoïde. Il classe ces divers genres en deux groupes suivant que l'incoordination se montre soit pendant le repos seul ou durant le repos et le mouvement (*hémichorée proprement dite*, *athétose*, *hémiparalysie agitante*) soit seulement pendant les mouvements voulus (*hémiataxie*, *hémisclérose en plaques*), puis il passe rapidement en revue les principaux caractères de ces différents troubles moteurs.

Etant donné un cas d'hémichorée, la nature de l'altération causale n'est pas révélée par ce seul symptôme. En général l'hémichorée se rattache à l'hémorrhagie ou aux ramollissements centraux mais elle peut aussi se montrer dans les abcès, les tumeurs, les traumatismes de l'encéphale, etc... L'aspect clinique est toujours le même malgré la diversité des conditions étiologiques.

La constatation de l'hémichorée seule ne nous permet pas davantage de prévoir le siège de la lésion, elle indique seulement que cette lésion occupe un point quelconque du faisceau pyramidal dans son trajet des circonvolutions à la moelle.

Il n'y a pas de centre distinct pour chaque variété d'incoordination.

Cette incoordination tient à la déséquilibration de l'antagonisme musculaire. L'équilibre est rompu à peu près toujours par la contracture (Brissaud), et quelquefois par la paralysie (Ricoux). Le diagnostic pour être complet doit nous apprendre à quel type de mouvement nous avons affaire et nous renseigner sur le siège et la nature de la lésion. Quant au traitement, il faut se laisser guider par les indications, prescrire un traitement général s'il existe une diathèse, surtout la syphilis, et combattre l'hémichorée elle-même par la gymnastique rationnelle, les courants continus et surtout l'application de l'aimant. G.-D.

XV. Un symptome fréquent de neurasthénie; par O. Rosenbach. (*Centralbl. f. Nervenheik*, 1886.)

Tandis que les individus atteints d'une affection organique des centres nerveux ferment au commandement sur-le-champ, complètement, vigoureusement, les yeux, les névropathes simples se mettent d'abord à cligner, ne fermant qu'incomplètement les paupières, laissant le jour passer à travers une fente étroite, et rouvrent les yeux immédiatement pour regarder autour d'eux avec effroi, avec angoisse. En vain leur renouvelle-t-on l'injonction de fermer les yeux complètement, leurs efforts convulsifs demeurent vains et la comédie de tout à l'heure recommence; plusieurs injonctions n'aboutissent qu'à une occlusion de courte durée, ou même ils demeurent impuissants malgré leur bonne volonté. Il semble que le neurasthénique soit préoccupé jusqu'à l'angoisse de l'idée qu'il va fermer l'œil, il craint une surprise désagréable, soit de la part de l'entourage, soit de la part de son système nerveux; un vertige, par exemple; en outre ses muscles indisciplinés ont peine à obéir à une énergique injonction et toute contraction énergique est impossible à obtenir d'un appareil musculaire fatigué. P. K.

XVI. Troubles nerveux chez les arthritiques; par le Dr Deligny (de Toul). (*Lyon médic.*, 1886, t. LII.)

Les cinq observations contenues dans ce travail sont celles de malades qui ont été soignés à Saint-Gervais pour des troubles nerveux divers (insomnie, tristesse extrême, dégoût de la vie, frayeurs nocturnes, etc...). Tout en reconnaissant que ces troubles nerveux ont eu pour cause immédiate des influences dépressives

(chagrins violents, déceptions, ménopause, etc...), l'auteur croit qu'ils doivent être rattachés à la diathèse arthritique, dont les malades avaient présenté diverses manifestations (goutte, gravelle, rhumatisme, céphalées, etc...) dans le cours de leur vie, et qu'ils sont le résultat du trouble apporté par cette diathèse à la nutrition du système nerveux. Au point de vue du traitement, l'auteur proscrit l'hydrothérapie et conseille une cure thermale par les eaux chlorurées sulfatées faibles. G. D.

XVI. Glycosurie au cours de la sclérose en plaques; par Mlle B. Edwards. (*Rev. de Méd.*, 1886.)

Ayant observé de la glycosurie chez un malade atteint de sclérose en plaques, du service de M. Charcot, Mlle Bl. Edwards a rapproché de cette observation quelques cas analogues trouvés dans les auteurs et tiré de l'examen de tous ces faits la conclusion suivante : dans le cours du tabes, de la sclérose en plaques, et, en général de toutes les affections des centres nerveux, caractérisées par des lésions scléreuses progressives et diffuses, on peut voir survenir une glycosurie assez persistante qui dépend de l'existence de ces lésions scléreuses au niveau du plancher du quatrième ventricule. G. D.

XVIII. Sclérose en plaques. Grande amélioration survenue a la suite d'une fièvre typhoïde; par M. le Dr Couturier. (*Loire médicale*, 1886.)

Le sujet de cette observation est un homme de vingt-six ans, peintre-plâtrier, qui était soigné sans succès depuis près de deux ans pour une sclérose en plaques, d'origine inconnue. L'amendement des symptômes morbides et en particulier de l'épilepsie spinale, s'est brusquement produit au cours d'une dothiénentérie intercurrente, alors que tout traitement de l'affection médullaire était suspendu. G. D.

XIX. Note sur un cas de pseudo-méningite hystérique, simulant une méningite tuberculeuse; par le Dr Reynaud. (*Loire méd.*, 1886.)

Observation d'une jeune fille, âgée de quinze ans, qui présenta pendant plusieurs jours des symptômes de méningite tuberculeuse (céphalée, vomissements, constipation, délire, tache méningitique, ralentissement du pouls, etc...), sans élévation notable de la température. La maladie se termina par la guérison et l'auteur pense qu'il a eu affaire à un cas de pseudo-méningite de nature hystérique. La mère de cette jeune fille était névropathe, mais elle-même n'a jamais présenté aucun des stigmates de l'hystérie.

G. D.

XX. Quelques remarques sur le rapport qui existe entre le tabes ou la paralysie progressive et la syphilis ; par A. Struempell. (*Neurol. Centralbl.*, 1886.)

Soixante et un pour cent des tabétiques observés par l'auteur avaient eu certainement la syphilis antérieurement ; le tabes, exceptionnel chez les femmes des classes élevées, devient fréquent chez celles des classes inférieures. Quand il existe dans le premier cas, on constate la syphilis à coup sûr ou très probablement (anamnestiques, avortements répétés). Il en est de même pour la paralysie générale. De plus, ces deux maladies peuvent se transformer l'une dans l'autre alternativement ; elles présentent nombre de symptômes communs (allures des pupilles, des réflexes, et autres phénomènes spinaux). Enfin les altérations anatomiques du tabes se rencontrent très habituellement dans la paralysie générale. Ce sont donc les mêmes agents nocifs dépendant le plus généralement de la syphilis, qui atteignent, en un cas, le système des fibres périphériques et spinales (tabes), en un autre, sinon exclusivement, du moins surtout au début, certains territoires du cerveau (paralysie générale). P. K.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

I. Note sur les nerfs de l'articulation coxo-fémorale ; par M. R. Duzea. (*Lyon Méd.*, 1886, t. LII.)

D'après M. Poncet toutes les déformations de la coxalgie reconnaissent une cause générale constante : la contraction musculaire réflexe. Désireux de vérifier cette théorie M. Duzea a commencé par s'assurer, ainsi que l'avaient déjà établi Beaunis et Bouchard, que les nerfs de l'articulation coxo-fémorale proviennent *en avant* du plexus lombaire et *en arrière* du plexus sacré ; il a interrogé ensuite très minutieusement une série de coxalgiques sur le siège de leur douleur au début de la maladie, et il a constaté que chez tous les malades répondant au type de déformation caractérisée par la flexion, l'adduction et la rotation en dedans, la douleur avait constamment siégé au début *en avant* de l'articulation et que chez

ceux, au contraire, dont le membre était placé dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors, la douleur initiale siégeait *en arrière* un peu en dedans du grand trochanter. M. Duzea a conclu de ces faits qu'une douleur constante et localisée en un point défini devait être en relation avec une lésion localisée au même point et que celle-ci était le point de départ d'un réflexe dont la voie centripète et centrifuge se passait dans le plexus nerveux et, réagissant sur les muscles correspondants, produisait un type spécial de déformation. G. D.

II. Note sur les nerfs de l'articulation coxo-fémorale; par A. Chandelux. (*Lyon méd.*, 1886, t. LI.)

Des dissections nombreuses pratiquées par l'auteur résultent les faits suivants: 1° l'articulation de la hanche reçoit des nerfs de deux sources bien distinctes. En avant, les filaments nerveux proviennent du plexus lombaire par la branche musculo-cutanée interne du crural. En arrière ils sont fournis par le plexus sacré, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une branche musculaire; 2° les nerfs aboutissent plus particulièrement à la partie interne de la capsule; 3° la branche fournie par le crural est une bifurcation du nerf qui se rend au pectiné.

Ces données permettent d'expliquer comment dans certaines coxalgies d'origine capsulaire, la douleur est réveillée par la pression directe de la tête fémorale, au-dessous de l'arcade de Fallope, et par les mouvements de rotation en dehors. Les rapports du nerf articulaire antérieur avec le pectiné, muscle fléchisseur et adducteur de la cuisse, nous expliquent également qu'il suffit d'une lésion, de la portion antéro-interne de la synoviale pour déterminer l'adduction du membre avec rotation du pied *en dehors*. G. D.

III. Sur le centre cortical de la déviation conjuguée; par M. Ed. Blanc. (*Lyon méd.*, 1886, t. LII.)

Observation d'une malade qui, à la suite d'une attaque d'apoplexie, présenta une hémiplégie droite avec déviation conjuguée des yeux et de la face à gauche.

A l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère gauche un foyer hémorrhagique récent occupant le tiers moyen de la frontale ascendante (paralysie complète du bras droit), empiétant un peu sur le tiers supérieur de cette même circonvolution (paralysie incomplète du membre inférieur droit) et qui avait en outre détruit le pied de la deuxième frontale.

L'auteur pense que c'est à cette dernière lésion qu'il faudrait attribuer la déviation conjuguée des yeux. Cette observation viendrait donc à l'appui de la théorie de Ferrier qui tend à localiser le centre rotateur dans le pied de la deuxième frontale. On sait que d'autres auteurs (Grasset, Landouzy, Charcot, etc.) ont pl acé au contraire ce centre dans la région du lobule pariétal inférieur.

G. D.

IV. De la structure de la moelle chez les microcéphales. *Contribution à la connaissance de l'influence qu'exerce le cerveau antérieur sur le développement des autres parties du système nerveux central;* par Alexandra Steinlechner-Gretschischnikoff. *Appendice,* par M. Flesch. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 3.)

L'auteur fait remarquer ce qui suit sur les deux observations décrites. Dans ces deux cas, on constate de la micromyélie, sans qu'il soit possible de la rattacher à des lésions localisées ; l'arrêt de développement de la moelle porte sur la substance blanche et, en particulier, sur les pyramides et les cordons de Goll, à un moindre degré sur les cordons antérieurs, et sur les faisceaux latéraux cérébelleux. Il semble que la région des cordons cunéiformes soit restée indemne. Une des préparations relatives au degré le plus accusé de microcéphalie témoigne de la diminution d'un certain nombre de cellules nerveuses. Il semble qu'il y ait dans l'espèce plutôt agénésie que dégénérescence. Les parties de la moelle les plus atteintes sont celles qui contiennent des trousseaux de fibres en rapport immédiat avec le cerveau, mais une partie des fibres y a persisté ; ce sont celles qui devaient se développer ultérieurement qui se sont arrêtées en route.

Conclusions. — 1° La formation des fibres nerveuses de la moelle qui correspondent aux pyramides dans les cordons latéraux est défectueuse dans les cas de destruction précoce du cerveau. La genèse de ces fibres est donc sous la dépendance directe de certaines parties du cerveau ; — 2° dans la région des pyramides, dans les cordons latéraux d'individus microcéphales, il existe encore, malgré les plus hauts degrés de malformation, un certain nombre de fibres. Cette région contient donc des fibres qui dépendent de portions centrales situées plus bas que le cerveau ; — 3° les cordons de Goll sont aussi en relation avec le développement normal du cerveau ; — 4° les fibres radiculaires des cordons antérieurs paraissent chez les individus microcéphales moins volumineuses. Mais, même chez les microcéphales très accentués, on les voit encore croître, ce qui prouve que leur développement ne dépend qu'indirec-

tement du cerveau et que cette dépendance est moins absolue qu'en ce qui concerne les faisceaux pyramidaux et les cordons de Goll; — 5° les cellules nerveuses des cornes antérieures sont en moins grand nombre chez les microcéphales très accentués. Donc un trouble précoce du développement cérébral peut arrêter cette formation cellulaire, et la formation de la substance grise spinale est soumise à l'influence de l'expansion cérébrale. P. KÉRAVAL.

V. DE L'INFLUENCE DE L'ÉCORCE DU CERVEAU SUR LA PRESSION SANGUINE ET L'ACTIVITÉ DU CŒUR ; par W. BECHTEREW et MISSLAWSKY. (*Neurol. Centralbl.*, 1886.)

Expériences pratiquées sur des animaux curarisés, surtout chez des chiens : enregistrement; appareil d'induction de du Bois-Reymond ; utilisation de courants faibles produisant sur la pulpe du doigt humide, ou même sur la langue et les lèvres, une sensation à peine perceptible. Les électrodes sont formées par des aiguilles distantes l'une de l'autre de 4 à 7 millimètres. Les excitations corticales ne durent pas plus de trente secondes.

Excitation de la région motrice. — 1° Celle de la partie toute postérieure du gyrus sigmoïde (en arrière du sillon crucial), du segment postérieur des première et deuxième circonvolutions primitives, de la partie médiane de la zone antérieure du gyrus sigmoïde (en avant du sillon crucial), détermine une augmentation de pression qui s'établit à la suite d'une phase latente plus ou moins longue ; 2° la pression après avoir diminué augmente quand on excite différents points de la partie externe ou moyenne du segment antérieur du gyrus sigmoïde et la zone adjacente de la deuxième circonvolution primitive ; quelquefois cependant, dans ces conditions, on ne constate que de la diminution de pression. — 3° L'excitation de la région de passage entre le segment antérieur et le segment postérieur du gyrus sigmoïde (bord externe du sillon crucial) détermine généralement une augmentation de la pression qui s'installe après une période de latence ; quelquefois cependant la pression baisse. L'excitation des *parties moyennes de l'hémisphère* (lobe pariétal) en des points déterminés des deuxième et troisième circonvolutions originelles et sur l'extrémité postérieure de la *portion de la quatrième qui environne la scissure de Sylvius* détermine un abaissement de pression qui n'est jamais suivi d'hyperpression. C'est la *région occipitale* qui semble prendre le moins part à l'action vaso-motrice : action nulle sur la pression sanguine. En ce qui concerne le *cœur*, quelles que soient

les modifications de la pression que l'on obtienne par l'excitation de la *région motrice*, jamais le pouls ne bat plus vite ; quelquefois cependant on note au début un peu d'accélération suivi d'un léger ralentissement. Les autres régions n'ont pas décelé d'influence à cet égard.

Régions centrales du cerveau. Leur excitation détermine toujours une exagération de la pression sanguine. C'est surtout celle de la *couche optique* et du *globus pallidus du noyau lenticulaire* qui exerce l'action la plus nette. La pression est encore manifestement augmentée quand on excite la capsule interne ; c'est son segment antérieur qui paraît exercer la moindre hyperpression. L'effet le plus faible émane de l'excitation du noyau caudé (corps ou queue). Les résultats ne varient du reste pas lorsqu'on a réséqué les champs corticaux moteurs de l'animal et qu'on a, de ce fait, déterminé une dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux ; par conséquent les ganglions centraux (globus pallidus du noyau lenticulaire et couche optique) ont bel et bien la propriété d'exagérer directement la pression sanguine. Et les hémisphères cérébraux renferment, en sus des faisceaux pyramidaux, des fibres corticales qui se rendent aux ganglions centraux et servent à transmettre les ordres de l'écorce à la tonicité vasculaire.

MM. Bechterew et Misslawsky mentionnent finalement que, d'après leurs dernières recherches, il arrive très souvent, en excitant la *surface du territoire antérieur de l'écorce*, qu'on observe d'abord de l'accélération du pouls puis du ralentissement, ou quelquefois inversement *mutatis mutandis. Si l'on sectionne les pneumogastriques*, l'influence d'arrêt de l'écorce sur le cœur disparaît.

Substance blanche (ablation couche par couche de l'écorce). — L'excitation d'un *point déterminé de la couronne rayonnante correspondant à la frontale ascendante* détermine un ralentissement extrêmement marqué, et, si l'on continue, l'arrêt du cœur en diastole (comme si on excitait le bout périphérique du pneumogastrique). — 2° L'excitation de la *partie postérieure de la couronne rayonnante* exagère la pression sans que le cœur soit en rien atteint.

Enfin l'excitation de la *portion externe de la couche optique* ralentit d'abord le pouls, puis arrête le cœur en diastole.

P. K.

VI. De la pression cérébrale et de la compressibilité du cerveau; par Grashey. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIII, 3.)

L'auteur a inventé un piézomètre qu'il décrit, et à l'aide duquel (nous passons la partie technique) il a mesuré la *compressibilité du cerveau* à diverses distances de la mort; cette compressibilité augmente rapidement à mesure que le cerveau de moins en moins frais, tend vers la putréfaction. Tant que les encéphales de poules demeurent frais, et cela même vingt-trois heures après la mort, la compressibilité à une atmosphère n'est que de 36 millionièmes 63, tandis que l'eau bouillie, sous une même pression, a une compressibilité de 46 millionièmes 23. Mêmes résultats sur des encéphales de pigeons sains. Donc, le tissu nerveux des animaux récemment tués est moins compressible que l'eau bouillie. — En ce qui concerne la pression contre la manière de voir d'Adamkiewicz [1] relative aux relations et à la dépendance qui existe entre le liquide céphalo-rachidien et la pression sanguine, M. Grashey rappelle que cette vérité physique change quand il s'agit de liquides en mouvement comme ceux qui occupent l'intérieur du crâne de l'homme vivant. Il rappelle son expérience [2]. Un tube élastique (vaisseau sanguin) traverse une cage fermée (crâne) à parois rigides, remplie de liquide (céphalo-rachidien), parfaitement étanche aux points d'arrivée et de sortie du tube. Fermons un des bouts du tube élastique et introduisons-y une quantité croissante de liquide (pression accélérée du sang), on a beau augmenter continuellement la pression par ce procédé, le tube élastique ne se comprime pas. Si, au contraire, on ouvre l'extrémité de ce tube, et que par suite il s'établisse un courant, on le voit se comprimer et la circulation s'arrêter.

P. K.

VII. Remarques sur la structure des cellules nerveuses ganglionnaires; par M. Flesch et H. Koneff. (*Neurol. Centralbl.*, 1886.)

Kreyssig a trouvé que les cellules nerveuses de la moelle (*Virchow's. Archiv.*, t. CII, p. 286) présentaient des aptitudes diverses à la coloration. Or, il en est de même et il s'agit des mêmes variétés de colorations, pour les cellules des ganglions spinaux, du ganglion de Gasser, des ganglions du grand sympathique. Cela dépend des variétés de structure (état granuleux, constitution et variétés d'aspect des noyaux). Toutes les cellules contiennent des vacuoles, et non seulement une vacuole centrale, mais plusieurs une foule de vacuoles marginales. Sans

[1] Voy. *Archives de Neurologie*.
[2] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XI, p. 103; t. XII, p. 400.

doute c'est un phénomène cadavérique, mais en rapport avec les conditions de structure antérieures du protoplasma. (Voyez principalement le ganglion de Gasser du bœuf et du veau.) L'espace péri-cellulaire tient à leur genèse et à leur confluence, ou, du moins, la vacuolisation produit une série de phénomènes en vertu desquels le protoplasma se détache graduellement de la capsule. P. K.

VIII. ETAT CÉPHALOMÉTRIQUE DANS LA CÉCITÉ CORTICALE CONGÉNITALE; par M. BENEDIKT. (*Neurol. Centralbl.*, 1886.)

Chez un malade de 35 ans, aveugle de naissance, ne présentant plus que des traces de perception lumineuse de l'œil gauche, (altération papillaire, mai 1884), atteint en mai 1885 de choroïdite bilatérale avec glaucome de l'œil droit, on constate une *aplasie* manifeste de l'*os interpariétal* (*écaille de l'occipital*). M. Benedikt en conclut qu'il existe concurremment une aplasie des lobes occipitaux, ou des centres visuels de Munk. Il est évident que cet état ne se rencontre que dans la cécité congénitale ou précoce procédant d'une aplasie corticale du lobe occipital. Cette observation est donc des plus intéressantes. P. K.

IX. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INNERVATION DES MOUVEMENTS DE L'EXPRESSION; par P. ROSENBACH. (*Neurol. Centralbl.*, 1886.)

Observation de lésion en foyer probable (absence d'autopsie) de l'hémisphère droit, n'ayant pas atteint les faisceaux de la motilité volontaire (hémiplégie passagère, rétablissement presque complet des mouvements du bras et de la face), mais ayant produit une paralysie isolée de la mimique dans la moitié gauche de la face. Par suite, il y a lieu de supposer que les faisceaux cérébraux qui président à l'innervation des jeux de la physionomie sont séparés de ceux qui président à la motilité volontaire. Cette paralysie de la mimique est associée à de l'hémianopsie; déficit des moitiés gauches du champ visuel, permettant de conclure à l'interruption des impressions visuelles qui gagnent le cerveau par la bandelette optique droite. Cette interruption peut être produite soit dans la bandelette même, soit dans la terminaison occipitale de cette dernière, soit dans ses relais (corps genouillés et tubercules quadrijumeaux) au voisinage de la partie postérieure de la couche optique. Comme, dans l'espèce, il n'y a lieu d'admettre ni une lésion disséminée, ni une altération des tubercules quadrijumeaux, il n'y qu'un seul territoire qui puisse, chez notre malade, engendrer l'ensemble des symptômes de déficit en question, c'est la *couche optique*. (Voyez notamment Gowers et Gayet en ce qui concerne la mimique.) P. KÉRAVAL.

VI. THE COMPARATIVE ANATOMY OF THE PYRAMID TRACT; par E.-C. SPITZKA. (Tirage à part du *Journal of Comparative Medicine and Surgery*. New-York, 1886.)

Etude comparative chez les principaux types des mammifères des éminences en forme de colonnes qui bordent de sillon longitudinal de la face antérieure ou inférieure de la moelle allongée et qui sont les représentantes des pyramides de l'encéphale humain. On y rencontre trois espèces d'organes : les vraies pyramides (homme, carnassiers, rongeurs, chauves-souris), la couche intermédiaire des olives (éléphants) — les olives inférieures (dauphin). Les vraies pyramides manquent absolument chez ces deux types. Les vraies pyramides sont de deux catégories : dans l'une, le long du sillon longitudinal en question, existe un trousseau puissant qui s'entre-croise avec un autre du côté opposé (cordon latéral des primates, des chéiroptères, des carnivores, des rongeurs). Dans l'autre, on a affaire à un trousseau étroit, mal limité, dépourvu de tout entre-croisement. Toute vraie pyramide prend son origine dans la zone motrice de la surface du cerveau, gagne la partie postérieure du genou de la capsule interne, forme partie constitutive du pédoncule, traverse les fibres transverses de la protubérance, semble séparée de la couche intermédiaire des olives par des fibres transversales, se trouve dans un plan inférieur par rapport au corps trapézoïde, en dedans et au-dessous des olives inférieures, et va rejoindre, après avoir croisé le raphé, la moitié opposée de la moelle. L'entre-croisement s'effectue de trois manières : la plus grande partie des fibres des pyramides gagne le cordon latéral entre-croisé (primates, carnivores, quelques rongeurs); — chez les cochons d'Inde et les rats une grande partie des fibres des pyramides gagne le cordon postérieur entre-croisé; — chez les chauves-souris, l'entre-croisement s'exécute à la surface de l'encéphale, les fibres gagnant alors la zone latérale du bulbe. P. K.

BIBLIOGRAPHIE

VII. *De la crampe des écrivains et de son traitement;* par E. LALLEMAND. (Th., Paris, 1887.)

Ce travail ne contient qu'une observation personnelle, mais prise avec minutie et rigueur scientifique, qui a fourni à l'auteur l'occasion d'une dissertation peu originale sur la crampe des

écrivains, et surtout d'un exposé critique des méthodes de traitement, à la suite duquel il préconise le procédé de Neftel.

Notons dans le chapitre consacré à l'étiologie la part que fait M. Lallemand à l'influence de la prédisposition nerveuse dans le développement de la névrose professionnelle. Il s'agit encore là dans l'espèce d'une application particulière de la loi de l'hérédité dans les maladies du système nerveux formulée par M. Charcot.

L'auteur énumère les diverses théories auxquelles se sont ralliés les auteurs quant à la pathogénie de cette affection, mais ne se prononce en faveur ni de l'origine centrale, ni de l'origine périphérique du spasme. — Le traitement de Neftel auquel il se rallie consiste en applications électriques : courants galvaniques ascendants au début, puis courants induits, ensuite en augmentant progressivement leur intensité jusqu'à obtenir la tétanisation.

P. Blocq.

VIII. *Etude clinique de la céphalée neurasthénique;* par G. Lafosse. (Th., Paris, 1887.)

L'auteur, dans ce travail inspiré par M. Charcot, s'est proposé d'explorer un des points de ce territoire encore mal connu qu'on appelle la neurasthénie, et s'est donné comme but d'étude la description d'un des symptômes cardinaux de la maladie. Il établit que parmi les variétés de maux de tête dont se plaignent la majorité des neurasthéniques, il en est une qui par sa fréquence, par sa durée, par la constance et la précision de ses caractères, peut être considérée comme la céphalée régulière, légitime, typique de la neurasthénie, car cette céphalée si nettement définie se différencie aisément de celles que l'on peut rencontrer dans les autres affections. Aussi M. Lafosse s'est-il cru en droit de créer un type clinique, qu'il appelle la *céphalée neurasthénique.*

Après un court chapitre d'historique dans lequel il expose les phases successives qu'a traversées la neurasthénie avant d'acquérir une individualité propre, une place bien déterminée dans le cadre des névroses, il indique l'état des connaissances actuelles sur cette affection en général. La description détaillée de la céphalée neurasthénique vient ensuite. Elle est presque toujours exclusivement diurne, son intensité est modérée, c'est une sensation pénible de pression et de serrement plutôt qu'une douleur au sens propre du mot. Dans le type complet, la céphalalgie est localisée à une zone circulaire, à maximum occipital, donnant l'impression d'une coiffure pesante et étroite à constriction postérieure (casque neurasthénique de M. le professeur Charcot), mais fréquemment la douleur s'atténue à la partie antérieure de cette zone, et la sensation se réduit à celle d'un demi-casque, enfin elle est parfois

moins étendue encore et comparable à un crampon placé à la région occipitale.

Après l'esquisse d'autres formes moins pures de la céphalée neurasthénique et quelques mots sur les phénomènes, vertiges, sensations subjectives diverses, etc., qui peuvent accompagner la céphalée, l'auteur fait le diagnostic différentiel d'avec les céphalées syphilitiques, d'avec l'encéphalopathie des tumeurs cérébrales, des adolescents, de l'urémie, etc., et termine par quelques brèves considérations sur le pronostic et le traitement.

Ce travail fait avec soin s'appuie sur des documents statistiques d'une valeur scientifique certaine, constitués par le résumé de toutes les observations de neurasthénie recueillies à la clinique des maladies nerveuses pendant l'année 1886. Ces observations ont été prises par les élèves du service avant que l'auteur n'eût choisi le sujet de son travail. Aussi, plusieurs d'entre elles sont fort incomplètes à ce point de vue particulier, mais la statistique n'en est que plus probante. P. B.

IX. *Contribution à l'étude pathogénique de l'amyotrophie tabétique*; par I. CONDOLÉON. (Th., Paris, 1887.)

Il s'agit dans ce travail d'une observation bien prise d'amyotrophie tabétique à propos de laquelle l'auteur, élève de M. Jeoffroy, cherche à déterminer ce qui, dans ces troubles trophiques, est sous la dépendance des lésions nerveuses centrales, et ce qui revient aux altérations périphériques des nerfs. Les caractères de l'amyotrophie sont d'abord précisés: on ne la peut confondre ni avec la flaccidité et la mollesse musculaires propres au tabes, ni avec l'amaigrissement produit par un long séjour au lit. Mais cela ne suffit pas pour décider si l'amyotrophie est spinale ou névritique. Plusieurs observations montrent avec la plus grande netteté l'existence de lésions médullaires, étrangères à l'évolution normale du tabes, et en rapport avec l'apparition de l'atrophie musculaire.

D'autre part, les faits dans lesquels on a rencontré des névrites périphériques ne sont pas absolument probants, cette lésion pouvant être mise sur le compte d'affections intercurrentes, tuberculose, cachexie, artério-sclérose, etc.

Aussi, dans l'état actuel de nos connaissances, peut-on conclure que l'amyotrophie tabétique reconnaît pour origine une lésion des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle, comme MM. Charcot et Pierret l'ont démontré ; il n'est que *vraisemblable* qu'elle puisse être sous la dépendance d'une névrite périphérique.

P. B.

X. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* — (Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1886) ; par Bourneville, Isch Wall, Baumgarten, Pilliet, Courbarien et Bricon.

Le simple aspect de ce nouveau volume suffit à montrer que le zèle du distingué médecin de Bicêtre et de ses collaborateurs, loin de s'amoindrir, ne fait qu'augmenter avec les années. Ce volume contient, en effet, près de cent pages de plus que ses aînés.

Dans la partie spécialement administrative, nous constatons un certain apaisement, la période de combat est presque achevée, le service a pris son équilibre, l'ère des résultats est proche. Et, d'ailleurs, ceux qu'a obtenus pour cette année M. Bourneville ne sont déjà pas à dédaigner : en décembre 1886, cent cinquante-trois malades, parmi les trois cents environ dont se compose le service, recevaient l'*instruction professionnelle* comme menuisiers, cordonniers, tailleurs, serruriers, vanniers, rempailleurs. Un assez grand nombre de ces malades est même déjà parvenu à une habileté suffisante dans ces divers travaux ; de telle sorte que voilà des adolescents que l'on a mis en possession d'un métier, dont on a ainsi élargi un peu le cercle des idées, à qui on a évité ce mal qui empire tous les maux, l'oisiveté. Et cette bonne action, qu'a-t-elle coûté à l'Assistance publique ?— Rien ! Loin de là, elle lui a rapporté. Dans le tableau dressé par les soins de M. Bourneville nous voyons, en effet, que les cinq maîtres chargés de donner l'enseignement professionnel aux malades ont coûté 11,800 francs pour l'année, tandis que le travail de leurs élèves représente une valeur de 17,800 francs, soit un reliquat de 6,000 francs. De telle sorte que ces apprentis arrivent non seulement à payer eux-mêmes leurs maîtres, mais encore parviennent à indemniser, dans une certaine mesure, l'administration des dépenses que leur entretien nécessite. — N'est-ce pas ainsi que l'on doit comprendre l'assistance publique dans son sens le plus vrai et le plus élevé ?

L'année 1886 a été celle de l'ouverture du *pavillon d'isolement* qui, d'après la description et les plans qui y sont joints semble réunir un ensemble de conditions hygiéniques bien rarement réalisé en France ; c'est ainsi, par exemple, que toutes les mesures sont prises pour que le personnel affecté à ce pavillon n'ait aucun contact avec les infirmiers ou les malades des autres salles, et que des précautions particulières permettent la désinfection immédiate du linge sale.

Dans la partie *clinique*, signalons un très remarquable travail de MM. Bourneville et Bricon sur « l'idiotie compliquée de cachexie pachydermique (idiotie crétinoïde) ». Ce travail comprend deux

grandes divisions : dans l'une sont groupées les différentes observations d'idiotie compliquées de cachexie pachydermique et notamment l'observation du célèbre « pacha » avec autopsie des plus minutieuses et nombreuses figures dans le texte; dans l'autre, les auteurs se livrent à l'examen des cas où l'extirpation de la glande thyroïde fut suivie de cachexie pachydermique.

On trouvera encore dans ce volume une observation de *tubercule de la protubérance* (en collaboration avec M. Isch Wall) à laquelle sont annexées une revue des cas du même genre et des considérations sur cette affection.

Parmi les autres cas intéressants suivis d'autopsie dont l'histoire clinique est ici rapportée, plusieurs ont trait à des *idiots* présentant soit une *atrophie cérébrale double*, soit une *sclérose cérébrale diffuse*, soit une *encéphalite* avec foyers de ramollissement. — Signalons encore des cas d'*épilepsie* avec *démence*, *imbécillité*, un cas d'*alcoolisme* chez un enfant de *quatre ans;* un cas d'*ectromélie unilatérale* avec rein unique, etc.

Le volume se termine par des considérations sur la *température dans l'épilepsie*, tant dans les accès isolés que dans les accès sériels ou dans l'état de mal. M. Bourneville par les nouvelles recherches auxquelles il s'est livré à ce propos se trouve en mesure de confirmer les conclusions qu'il avait formulées en 1870 sur la marche de la température dans l'épilepsie, conclusions qui, jusqu'alors adoptées d'une façon générale, avaient été contestées dans un article récent du *Berliner Klin. Wochenschr.*

SÉNAT

—

DISCUSSION DU PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS

Séance du jeudi 2 décembre 1886[1].

M. le Président. L'ordre du jour appelle la suite de la première délibération sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. La parole est à M. le rapporteur sur l'article 11.

[1] Voy. *Arch. de Neurologie.* XIII, p. 135, 258, 439 et t. XIV, p. 135, 307.

M. THÉOPHILE ROUSSEL, *rapporteur*. Messieurs, l'article 11, sur lequel vous êtes appelés en ce moment à voter, nous amène à la 2e section du titre Ier du projet de loi. Cette section est intitulée « de la Surveillance des asiles des aliénés ». Elle comprend cinq articles qui sont si intimement unis l'un à l'autre, qu'avant d'entamer la discussion sur l'article 11 il est nécessaire que je soumette au Sénat quelques explications sur la 2e section tout entière.

La commission a ajouté ces cinq articles au projet du Gouvernement pour combler la plus grande lacune de la loi de 1838, lacune que, suivant nous, le projet ministériel laissait subsister dans des conditions qui en auraient rendu les conséquences encore plus graves à cause de l'extension nouvelle aux aliénés traités dans les domiciles privés.

Je ne reviendrai pas sur les reproches adressés à la loi de 1838 au point de vue de la surveillance qu'elle a instituée, du contrôle des placements dans les asiles et de la protection des intérêts des aliénés. Les défenseurs les plus autorisés de cette loi, ceux qui lui ont rendu justice avec le plus d'autorité pour les grands services qu'elle a rendus, n'ont pas contesté son insuffisance au point de vue du contrôle et de la surveillance. J'ai déjà rappelé ici l'aveu fait en 1867, par M. Suin, au milieu des éloges qu'il lui adressait devant le Sénat et l'Empire, que cette loi n'avait pas été assez méfiante, n'avait pas assez veillé à l'exécution de ses prescriptions.

La tendance qui a dominé les législateurs de 1838, inspirée par l'intérêt même qu'ils portaient à l'aliéné, a été de faire une loi d'exécution prompte et facile, dégagée le plus possible des lenteurs et des complications de l'action judiciaire. « Nous ne voulons pas faire une loi judiciaire », disait expressément M. Vivien, le rapporteur de la loi. On voulait faire plutôt une loi administrative et surtout une loi d'assistance; mais on a voulu cependant, et on l'a sincèrement voulu, établir une surveillance; seulement, on n'y a pas réussi. Pour s'en convaincre et pour l'expliquer, il suffit de rappeler les termes de l'article 4 de la loi, dans lequel se trouvent réunis et résumés tous les éléments de surveillance établis par la loi en faveur de la liberté individuelle et du contrôle des placements dans les asiles.

Cet article est ainsi conçu : « Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés. — Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position. — Les établissements privés seront visités à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du roi de l'arrondissement. »

Assurément les intentions du législateur qui faisait appel à l'intervention de tant de fonctionnaires pour surveiller les placements étaient excellentes. Il témoignait fermement l'espoir que la surveillance qu'il instituait ainsi dans la loi serait effective, constante, efficace : « La surveillance constante à l'égard des établissements d'aliénés, disait M. Vivien, est une garantie nécessaire et doit être comme le préambule des mesures par lesquelles des aliénés seront placés dans ces établissements. » On comptait que cette garantie résulterait de la double intervention des représentants de l'administration et de la magistrature. « Leur concours, disait encore M. Vivien, en parlant des délégués de l'administration, aura pour résultat de rendre la surveillance active et vigilante. Nous espérons qu'elle s'exercera réellement. Nous n'entendons pas prononcer une oiseuse prescription...; le Gouvernement engagerait gravement sa responsabilité, s'il négligeait d'user de l'autorité que la loi lui confie ».

Eh bien ! pour être plus bref et ne pas m'arrêter à la longue série de documents qui permettent d'affirmer que les espérances du rapporteur de 1838 ne se sont pas réalisées, je m'en tiendrai à une citation; je l'emprunterai à l'administration elle-même, ou plutôt à l'un de ses représentants les plus autorisés en cette matière. M. de Crisenoy qui, comme directeur de l'administration départementale et communale, s'est trouvé à la tête du service des aliénés et qui, précédemment, comme préfet de grands départements, avait étudié avec soin et de très près le fonctionnement local de ce service, a publié précisément à l'occasion de la revision qui nous occupe un travail très étudié, dans lequel il a proposé un système de contrôle qui comprend les mêmes éléments que celui de la commission, mais avec plus d'autonomie et des dispositions plus originales. Lorsque, dans cette étude, il en vient à apprécier le fonctionnement du système de surveillance de la loi de 1838, il s'exprime ainsi :

« Le défaut capital de la loi de 1838 est d'avoir établi un système de surveillance et de contrôle qui n'existe que sur le papier et ne fonctionne pas réellement, et cela pour deux motifs : le premier, qu'on a confié la surveillance à un trop grand nombre de personnes, d'où il résulte qu'aucune d'elles, en particulier, n'en a la responsabilité; le second, que, ne voulant pas faire les frais de cette surveillance, on en a imposé la charge à certains fonctionnaires à titre de supplément de fonctions, ou gratuitement à des personnes de bonne volonté. Or, on peut être certain qu'en fait tout service exigeant un travail régulier, soutenu, et qui n'est pas rémunéré, ne s'exécute pas. »

Dans ces lignes, M. de Crisenoy résumait en quelque sorte les résultats de la même expérience acquise par l'administration sur l'application de l'article 4 de la loi de 1838. Ce que je viens de

dire s'applique plus particulièrement à la surveillance établie en vue de la protection de la liberté individuelle. Mais la loi de 1838 avait en vue aussi la surveillance à établir pour la protection des intérêts matériels et l'administration provisoire des biens des aliénés. Sous ce rapport, on peut dire que son texte laissait beaucoup à faire au Gouvernement, qui, en 1881, en a entrepris la revision.

Lorsque le législateur de 1838 traita cette question de l'administration provisoire des biens, il s'arrêta à l'idée d'une « commission de surveillance » et exprima sa pensée, dans l'article 31, en ces termes : « Les commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés exerceront à l'égard des personnes non interdites qui y seront placées les fonctions d'administrateurs provisoires; elles désigneront un de leurs membres pour les remplir, etc. »

Ainsi, la loi semblait admettre, sans rien préciser à cet égard, l'existence pour les asiles publics d'aliénés de même que pour les hospices dans lesquels se trouvent des quartiers spécialement affectés aux aliénés, de commissions administratives ou de surveillance. Elle n'ajoutait rien d'ailleurs aux attributions ordinaires de ces commissions, si ce n'est pour leur attribuer l'administration des biens des aliénés.

Les « quartiers d'hospice », dont le nombre est heureusement restreint aujourd'hui à 13 ou 14, étaient alors au nombre de 24 et contenaient une très grande partie des aliénés internés. Mais, malgré cette circonstance, on voit facilement par les détails qui précèdent combien était indéterminée, vague et insuffisante la protection donnée par la loi à l'administration des biens des aliénés.

On le sentit dès qu'il fut question de s'occuper de la mise en pratique de la loi, et l'ordonnance royale du 18 décembre 1839 dut régler la constitution, complétée par un arrêté ministériel de 1857, des commissions de surveillance des asiles publics d'aliénés; elle les composa de cinq membres nommés par les préfets; elle leur attribua « la surveillance générale de toutes les parties du service, les appela à donner leur avis sur le régime intérieur, sur les budgets et les comptes, sur les actes relatifs à l'administration, les traités à conclure, etc. ».

Ces commissions, comme on le voit, n'ont eu d'attributions bien définies que celles qui se rapportent à une surveillance administrative et financière du service des asiles publics. Je n'ai pas à examiner comment, d'une manière générale, elles ont rempli leurs fonctions; nous n'avons à nous occuper ici que d'une seule des attributions que leur a faites la loi : l'administration des biens des aliénés. Je pourrais encore ici éviter les longueurs en me bornant à citer, pour preuve de la façon dont ce devoir était

rempli, ces paroles du ministre de l'intérieur, dans l'exposé des motifs de l'arrêté du 20 mars 1857, « qu'il ne pouvait plus tolérer cette négligence ».

On voit combien défectueuse était cette partie du service pour les aliénés internés dans les asiles publics. Pour les aliénés placés dans les autres asiles, la protection était complètement nulle. La loi n'ayant rien prévu pour les asiles privés, l'administration, en présence des abus et des maux qu'on lui signalait, a voulu aller jusqu'à l'extrême limite de son droit, et, en 1880, elle décida d'introduire dans les règlements intérieurs des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics lors du renouvellement des traités, les dispositions propre à garantir le fonctionnement des commissions de surveillance instituées par l'ordonnance de 1839.

La commission du Sénat a voulu savoir quels résultats on avait obtenus par ce dernier effort de l'administration. Il résulte de la réponse que nous avons obtenue du ministère de l'intérieur, que depuis 1860 *deux* commissions seulement ont été instituées. On a trouvé aucun document qui permette de savoir comment elles ont fonctionné. En résumé, messieurs, la commission du Sénat s'est trouvée en présence de cette situation, à savoir que la double surveillance prévue mais non assurée, dans la loi de 1838, en vue de la protection de la liberté individuelle et de l'administration des biens des aliénés, était à constituer, sinon de toutes pièces, au moins avec un ensemble de moyens qui ont fait défaut jusqu'ici.

La grande commission extraparlementaire qui, en 1881, a préparé les principaux éléments du projet du Gouvernement avait reconnu cette nécessité, et dans plusieurs des rapports de ses commissions elle a réclamé des mesures qui se confondent avec celles que propose la commission du Sénat. Il est fâcheux que lors du travail de la dernière heure les conclusions de ces rapports aient été perdus de vue et que le gouvernement, préoccupé de rassurer surtout l'opinion publique, de mettre fin aux plaintes et aux soulèvements d'opinion auxquels donne lieu trop souvent la loi de 1838, ait cru qu'il suffirait presque pour cela de changer le caractère de cette loi, d'en faire une loi judiciaire, et de faire déclarer par le Parlement qu'à l'avenir aucun placement dans un établissement quelconque d'aliénés ne sera définitif qu'en vertu d'un jugement rendu par le tribunal en chambre du conseil.

Messieurs, je n'ai pas à examiner en ce moment cette partie du projet de loi, cette grande « innovation » faite par le Gouvernement suivant l'expression même qui est employée dans l'exposé des motifs ministeriel. Elle soulèvera peut-être dans cette enceinte une lutte qui rappellera celles auxquelles la même question a donné lieu dans la Chambre de 1837 et 1838, et dans lesquelles on a vu aux prises des hommes tels que Salverte, Isambert,

Odilon Barrot, qui voulaient faire une loi judiciaire, et les orateurs éminents qui ont fait triompher une opinion contraire. La commission du Sénat ou, pour être plus exact, la majorité de la commission du Sénat a accepté les vues du Gouvernement; elle s'y est décidée, non seulement pour rendre hommage aux principes, mais pour ne pas se mettre en travers de ce courant d'opinion auquel le Gouvernement a cru devoir céder et auquel ont cédé presque tous les pays dans lesquels la législation sur les aliénés a subi des remaniements récents.

Mais en suivant l'exemple du Gouvernement, en acceptant son « innovation », la commission y a trouvé une raison de plus d'insister sur la question du contrôle et de la surveillance. Suivant elle, l'appareil judiciaire introduit dans la loi ne serait qu'une apparence trompeuse, une vaine formalité, si des moyens de contrôle nouveaux, plus sérieux, mieux étudiés que dans l'ancienne loi, n'étaient pas établis par la loi nouvelle pour éclairer la justice et être mis à la disposition des tribunaux pour les vingt mille jugements — environ — qu'ils auront à rendre annuellement en chambre du conseil pour le placement des aliénés.

Tels sont les motifs, messieurs, qui ont amené la commission du Sénat à présenter les cinq articles qui forment la 2e section du titre Ier. Elle est convaincue que pour atteindre le but de la revision qui est demandée au Parlement, c'est-à-dire pour sauvegarder la liberté individuelle dans toutes les situations où elle pourrait être mise en péril, pour sauvegarder les biens de l'aliéné et en même temps le bon ordre et l'intérêt social, il était rigoureusement indispensable de créer et d'organiser une surveillance s'étendant à tous les aliénés auxquels la loi nouvelle doit s'appliquer.

Pour être effective, cette surveillance doit être attribuée dans chaque département à des agents en permanence n'ayant pas d'autre fonction, à un médecin fonctionnaire de l'Etat et d'une compétence éprouvée, à un ou plusieurs hommes de loi dans une situation d'indépendance et d'honorabilité indiscutable et rétribués pour leurs services, ces agents remplissant bien leurs fonctions sous l'œil de la justice et de l'autorité administrative. Telle est, messieurs, la constitution de cette commission que nous avons désignée d'un nom emprunté à une circulaire ministérielle de 1860 et appelée *commission permanente des aliénés*.

Au-dessus de ces commissions départementales doit se placer l'inspection générale du service ayant mission non seulement de surveiller et de régler au besoin le fonctionnement de ses commissions départementales, mais de surveiller le fonctionnement de tous les établissements spéciaux d'aliénés et l'ensemble du service. Enfin, au centre du Gouvernement doit être établi un comité supérieur chargé d'assurer l'unité de ce service, d'éclairer

l'administration dans tous les cas difficiles, de centraliser les résultats des travaux des commissions départementales et de présenter tous les ans un compte-rendu public du service. Je ne parlerai pas en ce moment de l'inspection générale des aliénés et de l'urgente nécessité, reconnue par le Gouvernement, de la rétablir et de lui assurer des proportions en rapport avec l'importance du service.

Je ne parlerai pas non plus du comité supérieur, dont le Gouvernement reconnaît l'utilité. Sur ces points, il n'y a jamais eu de dissentiment profond entre la commission et les représentants du Gouvernement qui ont été reçus dans son sein. Je ne parlerai que des commissions permanentes, sur l'organisation desquelles nous nous étions entendus avec les précédents ministères, mais qui, à la dernière heure pour ainsi dire, ont soulevé les objections que M. le ministre de l'intérieur a portées à cette tribune au cours de la discussion générale.

On a pu croire, et on a cru, en entendant ces objections, que nous apportions, nous aussi, une grande innovation, et une innovation qui devait porter atteinte aux droits de l'autorité administrative. Cela m'oblige à revenir encore une fois en arrière et à citer des précédents législatifs et des faits bien connus qui m'autorisent à affirmer que l'idée de créer dans chaque département une commission spéciale et permanente pour éclairer l'autorité sur les placements des aliénés est une idée primordiale en quelque sorte dans l'histoire de la législation de 1838, qu'elle apparaît à l'origine de cette loi et qu'écartée, pour ainsi dire, accidentellement dans les débats de cette époque, elle a reparu sans cesse depuis, n'a jamais été abandonnée et a pris, dans les études et les discussions auxquelles la revision de la loi de 1838 a donné lieu, une consistance et les caractères pratiques qui doivent la faire entrer dans le cadre de la loi nouvelle.

Le projet de loi primitif, élaboré par le conseil d'Etat et présenté à la Chambre des députés en 1837, par M. de Gasparin, ministre de l'intérieur, exigeait une autorisation ou un ordre préalable du préfet pour tout placement d'aliénés dans les asiles. Cette disposition était complétée par une disposition ainsi conçue : « L'autorisation ou l'ordre seront donnés par le préfet, sur l'avis d'une commission instituée dans les formes qui seront déterminées par un règlement d'administration publique. »

La Chambre des députés refusa d'admettre cette intervention préalable de l'autorité préfectorale. On substitua à ce système celui qui avait été mis en vigueur à Paris par une ordonnance de police de 1838 et qui est devenu, avec certaines modifications, le système de la loi de 1838.

La suppression de l'action du préfet parut devoir entraîner comme conséquence la suppression de la commission proposée

pour l'éclairer, d'autant plus que les attributions de cette commission étaient restées vagues et mal définies. « Les nouvelles dispositions que nous avons adoptées, disait M. Vivien pour justifier la suppression, nous ont paru ôter toute son utilité à la commission ; il n'y a plus lieu de consulter sur des autorisations (de placements) qui ne seront plus données. » Le projet, disait encore le rapporteur de la loi, tout en ordonnant que cette commission soit officiellement avertie des placements, ne lui conférait aucune autorité, pas même la faculté de visiter les personnes intéressées. » C'est ainsi que la commission, dont M. Vivien a été le rapporteur, obtint qu'on s'en tînt aux mesures contenues dans l'article 4 de la loi dont j'ai lu tout à l'heure le texte.

Mais ce résultat ne fut pas obtenu sans de vives résistances. M. Lavieille, soutenu par M. Salverte et M. Dugabé, reproduit, sous forme d'amendement, le projet primitif du gouvernement de placer auprès du préfet une commission spéciale de surveillance et de contrôle des placements, et la pensée ou plutôt le besoin qui avait dicté ce projet et l'amendement Lavieille a reparu sans cesse depuis.

On la retrouve dans les documents de l'enquête faite par l'administration en 1869 et dont j'ai présenté un résumé dans les annexes de mon rapport. On la retrouve dans une autre enquête, non moins intéressante, qui fut entreprise en 1871 par la Société de législation comparée et à la suite de laquelle elle fut mise en lumière, dans des discussions mémorables, par des magistrats du ressort de Paris, qui apportèrent en sa faveur la puissance des arguments qu'ils puisaient dans la propre pratique de la loi de 1838. M. Vaney, substitut du procureur général à Paris; M. Alexandre Ribot, alors substitut au tribunal de la Seine; M. Georges Picot, juge au même tribunal, et avec eux les aliénistes les plus expérimentés : MM. Falret, Lunier, Motet, Blanche, donnèrent à l'idée de la commission permanente une valeur pratique qui lui fit prendre place dans un projet de revision de la loi rédigé par une commission dont un éminent conseiller à la cour de Paris, M. Ernest Bertrand, était le président et qui fut voté par la Société.

J'ai eu l'honneur, en 1872, de présenter ce projet à l'Assemblée nationale, en mon nom et au nom de deux membres de cette société, le très regretté M. Jozon, avocat à la cour de cassation, et M. Albert Desjardins, aujourd'hui professeur à la faculté de droit de Paris.

Une commission de l'Assemblée nationale, dont j'ai eu l'honneur d'être le rapporteur, et qui comptait dans son sein nos honorables collègues M. Delsol, M. Robert de Massy et M. La Caze, a étudié ce projet. Les préoccupations politiques, qui ont pesé sur beaucoup de travaux entrepris à cette époque, ne permirent pas

à ceux de la commission dont je parle d'arriver à leur dernier terme; mais l'institution d'une commission permanente surveillant dans chaque département les aliénés, protégeant leur liberté, leur personne, administrant leurs biens, avait été acceptée par elle comme devant donner satisfaction à un besoin incontestable.

J'avais donc raison de dire, messieurs, que la commission du Sénat n'a pas innové ; qu'elle a trouvé la commission permanente des aliénés dans une tradition constante qui remonte à l'origine même de la loi sur les aliénés.

La commission du Sénat n'a fait qu'une chose : c'est d'apporter dans la constitution de cette commission permanente un élément indispensable pour assurer son fonctionnement, et cet élément, elle l'a emprunté à l'expérience acquise en Angleterre et dont les résulats ont paru décisifs à tous ceux qui ont examiné de près le fonctionnement actuel des lois anglaises sur les aliénés; cet élément, c'est le caractère de fonctionnaires salariés, soigneusement choisis et exclusivement renfermés dans la surveillance et le contrôle en vue desquels ils sont établis, que nous proposons de donner aux deux membres essentiels de cette commission, c'est-à-dire au médecin chargé de veiller sur l'état mental de l'aliéné et à l'homme de loi chargé de l'administration provisoire de ses biens.

J'avais dit, en réponse aux objections présentées par M. le ministre de l'intérieur, que ces deux agents de surveillance et de protection étaient le fond même et les éléments essentiels de la commission permanente. Aussi, malgré les critiques formulées par M. le ministre et qui semblaient faire impression sur le Sénat, j'ai gardé l'espoir — puisque le gouvernement déclarait rester d'accord avec nous sur le fond — que nous finirions par nous accorder sur la forme.

Aujourd'hui, cet espoir s'est réalisé, non pas assurément sans aucun sacrifice pénible de la part de la commission, mais du moins avec cette consolation qu'en sacrifiant la forme même d'une commission permanente départementale ; mais elle conserve les deux agents qui, comme je l'ai répété déjà plusieurs fois, forment le fond essentiel de cette commission et elle les conserve dans ces conditions et avec les attributions qui permettent d'attendre de leur action individuelle, et surtout de leur action combinée, tous les bienfaits que nous étions en droit d'attendre de la commission permanente.

Celle-ci, considérée dans son ensemble avec les éléments dont le Gouvernement s'est attaché à la dépouiller, devait constituer en quelque sorte le grand conseil de famille des aliénés. L'article 54 du projet de la commission lui attribuait expressément ce rôle. J'ai hâte d'ajouter que la grave lacune qui aurait été à cet

égard la conséquence des concessions faites aux vues du Gouvernement doit se trouver comblée dans le nouveau texte, qui doit remplacer celui des articles 11 et 12 de la rédaction de la commission du Sénat.

C'est à notre honorable collègue M. Bardoux qu'est dû le terrain, si je puis ainsi dire, sur lequel s'est faite l'entente entre le Gouvernement et la commission. L'amendement de M. Bardoux, dont une nouvelle rédaction se trouve dans notre distribution aujourd'hui, après avoir été revu de concert avec le Gouvernement et la commission, est devenu le texte par lequel nous proposons de remplacer les articles 11 et 12 du projet de loi.

Dans ce texte, la commission permanente a disparu. Je ne dirais pas la vérité si je laissais croire qu'elle a disparu sans emporter de sincères regrets ; mais je serais ingrat envers mon excellent ami M. Bardoux, si je venais en porter le deuil à cette tribune. J'y serais d'autant moins fondé que je reste convaincu, comme je l'ai déjà dit, qu'avec le bon vouloir de l'autorité administrative, les deux éléments essentiels qui survivent suffiront pour atteindre le but que nous nous étions proposé. Je laisserai donc la parole à l'honorable M. Bardoux pour développer et soutenir au besoin son œuvre.

Je n'ai plus que deux mots à dire sur un autre amendement qui nous a été remis au début de cette séance et sur lequel la commission n'a pas pu délibérer. Je parle de celui de MM. Combes, Testelin, Rigal, Frézoul, Le Monnier, Dufraigne, Sébire, Combescure. Je me bornerai à faire remarquer sur cet amendement que, dans une de ses parties essentielles, il ne doit pas trouver sa vraie place dans la discussion des articles 11 et 12 du projet de loi, mais seulement dans la discussion de l'article 21. Si, comme j'en suis convaincu, cette manière de voir est partagée par les auteurs de l'amendement, je n'ai pas à m'occuper davantage en ce moment de cette partie de l'amendement.

Le reste du même amendement, qui correspond à l'article 11 et se confond sur beaucoup de points avec l'amendement de M. Bardoux, est ainsi conçu : « Dans chaque département, un docteur en médecine, nommé par le ministre de l'intérieur, sur une liste de présentation dressée par le conseil supérieur des aliénés, et après un concours public, surveillera dans sa circonscription, sous l'autorité du préfet, l'exécution de la présente loi et des règlements relatifs aux aliénés, assurera la protection de leurs personnes, contrôlera leur placement et leur maintien dans les asiles publics et privés, surveillera leur séjour, veillera à leur sortie. »

Il n'y a qu'un point à relever en ce moment, je parle de ces mots : « Après un concours public. » Ces mots, en effet, marquent une lacune, ou pour mieux dire une omission dans la rédaction de l'amendement de M. Bardoux. Il n'y est pas, en effet, question

du concours; mais sur ce point la pensée de M. Bardoux ne peut pas être différente de celle du Gouvernement et de la commission du Sénat, qui admettent le principe du concours. Dans la rédaction de la commission ce principe avait sa consécration dans un paragraphe de l'article 11. Cette question du concours sera reprise par le Sénat lorsque nous serons appelés à voter sur le paragraphe de l'article 6, qui a été réservé dans une précédente séance. L'omission relevée dans l'amendement de M. Bardoux et que la lecture de l'amendement de M. Combes m'a permis de signaler, pourra ensuite être réparée.

M. le Président. Messieurs, vous êtes en présence de deux amendements : l'un de M. Bardoux, qui est accepté par la commission et le Gouvernement; l'autre, de MM. Testelin, Combes et plusieurs de leurs collègues. Ces deux amendements diffèrent sensiblement entre eux. Il me semble que celui de MM. Testelin et Combes s'éloigne davantage de la rédaction de la commission. Je donne donc la parole à M. Combes pour développer son amendement.

M. Combes. Messieurs, je suis à la disposition du Sénat et prêt à discuter l'amendement dont je suis un des signataires. Mais il me semble que pour le bon ordre du débat, il vaudrait mieux ajourner l'examen de la question que l'amendement soulève, jusqu'au moment où nous aurons à régler d'une façon générale la procédure à suivre pour le placement des aliénés. (Assentiment.)

Dans la pensée des signataires de l'amendement, c'était en effet sur l'article 20 ou 21 du projet de la commission que devaient porter nos modifications. Mais comme la commission a abandonné la partie la plus importante de son œuvre et qu'elle s'est ralliée à l'amendement de M. Bardoux, qui préjuge dans les deux dernières phrases du premier alinéa la solution de la question contenue dans notre amendement, il était nécessaire ou bien de saisir immédiatement le Sénat de cette question, ou bien de faire des réserves qui nous permettront, lorsque viendront en discussion les articles 15 du Gouvernement ou 20 et 21 de la commission, de la reprendre et de mettre le Sénat en état de se prononcer avec pleine connaissance de cause.

Le débat serait prématuré aujourd'hui, parce que, pour trancher cette question, qui est une question de principe à nos yeux, il est indispensable que le Sénat soit au courant de la manière dont la commission organise la procédure du placement. Ainsi donc, s'il n'y a pas d'opposition, si la commission y consent, nous réservons tous nos droits de modification de l'amendement de M. Bardoux pour la discussion de l'article auquel s'applique, dans notre pensée, cette modification. (Nouvelles marques d'approbation.)

M. le Président. La parole est à M. Bardoux.

M. Bardoux. Messieurs, l'honorable rapporteur de la commission vous a fait un exposé des antécédents de la question soulevée par l'article 11 du projet de loi. Cet article 11 place comme première assise de l'organisation de la protection des aliénés une commission départementale permanente. Et comme, dans certains départements, il y a plusieurs asiles publics ou privés, je puis ajouter que le nombre aussi des commissions départementales permanentes s'accroîtra en proportion. Il y aurait eu, pour le département de la Seine, dix ou douze commissions départementales permanentes.

J'ai saisi la commission d'un amendement; j'ai pensé qu'il était inutile — et vous venez d'entendre le procès qui a était fait par le rapporteur aux commissions en général — de placer à côté d'une commission déjà existante, qui subsiste dans ce projet de loi, c'est-à-dire la commission administrative de surveillance, une autre commission composée de deux éléments : un élément absolument décoratif et l'élément vraiment utile. J'ai pensé qu'il valait beaucoup mieux extraire de cette commission deux agents qui suffiront à protéger d'une manière efficace la personne et les biens des aliénés, et abandonner complètement la commission elle-même. Tel est donc le but de mon amendement : créer deux agents, l'un chargé de la partie médicale : le médecin inspecteur; l'autre, chargé de la portion administrative pour tous les aliénés qui ne sont pas interdits : l'homme de loi.

Quelles étaient, en effet, messieurs, les lacunes de la très belle loi de 1838 ? Je ne parlerai pas du silence qui avait été gardé sur les aliénés criminels; mais les deux lacunes principales étaient, d'une part, qu'il n'y avait pas une suffisante protection pour l'aliéné non interdit, lorsqu'il était enlevé à la gestion de ses intérêts et de sa fortune; et, d'autre part, qu'il n'y avait pas de protection suffisante pour la liberté individuelle de l'aliéné lorsque intervenait le placement définitif. Les hommes compétents qui discutèrent cette loi, les deux éminents rapporteurs à la Chambre des députés et à la Chambre des pairs, M. Vivien et M. le marquis de Barthélemy, ne pouvaient pas être suspects au point de vue du libéralisme; ils n'avaient pas l'intention, à coup sûr, de porter atteinte à la liberté individuelle. Ils croyaient même l'avoir suffisamment garantie. Mais, pour eux, le but principal était d'abord de faire une loi de guérison et ensuite une loi d'administration. Ils étaient, avant tout, préoccupés de l'état matériel des asiles des malheureux aliénés qu'on avait laissés dans un état d'abandon impardonnable.

Depuis quarante ans, la situation a changé. La forme de la fortune mobilière s'est agrandie ; la gestion des intérêts est devenue plus compliquée. Les dispositions sur la tutelle elle-même sont

souvent insuffisantes. A plus forte raison, étaient-elles insuffisantes, quand il s'agissait des aliénés et plus particulièrement des aliénés pauvres.

C'était surtout l'ouvrier célibataire, enlevé à son métier, qui laissait à l'abandon ses hardes, ses outils, son linge, le peu de mobilier qu'il possédait; c'était celui-là qui était le plus misérable, parce qu'en rentrant au logis, après la sortie de l'asile, tous ces objets avaient disparu; une rechute était inévitable. C'était aussi le petit cultivateur ou le petit fermier qui avait deux ou trois mille francs de biens et d'économies et une maison à peu près délabrée, et qui se retrouvait également dans une situation complète d'abandon.

Pour tous ces cas particuliers, la loi de 1838 avait été insuffisante, la magistrature elle-même le reconnaissait. M. le rapporteur vous a donné lecture de quelques dépositions qui ont été faites par des magistrats distingués. Les inspecteurs généraux mêmes du ministère de l'intérieur le constataient. De telle sorte que sur ce point il y avait unanimité dans les sentiments de tous ceux que préoccupait la grave question des aliénés.

Le second point, celui qui touche la liberté individuelle, n'était pas moins digne de préoccupation. L'opinion publique s'était émue, les imaginations d'une grande sensibilité avaient bien vite accepté les histoires qui couraient le monde, et quelquefois même elles les amplifiaient. Tout ce que racontait la faconde inventive des romanciers trouvait un écho dans les esprits, et c'est quelque chose, quand on veut mettre en application une loi comme celle-là, que d'avoir de son côté l'opinion publique.

Il faut bien le dire, messieurs, la loi de 1838 avait trop compté sur l'efficacité du nombre de ceux qui avaient mission de visiter les maisons d'aliénés. Elle en avait chargé six personnes: le préfet, son délégué, le président du tribunal, le procureur du roi, le maire et le juge de paix. Il résulte des enquêtes que c'était surtout le procureur du roi qui remplissait sa mission. Il devait, aux termes de la loi de 1838, visiter au moins tous les six mois les asiles publics, et tous les trois mois les asiles privés. Il faut rendre cette justice aux membres du parquet qu'ils se sont occupés d'une façon continue de cet objet si important de leur mission. Pour toutes les autres personnes, leur mission se bornait à parcourir les établissements, à recevoir quelques pétitions; mais cette visite n'avait pas d'efficacité.

Il fallait donner satisfaction à l'opinion publique et combler l'insuffisance de la loi de 1838. C'est alors que la commission sénatoriale, qui a élevé un véritable monument par l'abondance des documents mis sous vos yeux, a voulu, avec le sentiment de sa responsabilité et la conscience de son œuvre, se rendre à l'étranger. Elle a parcouru l'Europe, et, après avoir pris connais-

sance des progrès considérables réalisés dans la question des aliénés en Angleterre; après avoir vu fonctionner ce qu'on appelle, en Angleterre, les *commissionners in Lunacy*, chargés de surveiller les intérêts des aliénés et qui en rendent compte tous les ans au Parlement lui-même; c'est alors que la commission sénatoriale avait proposé l'institution de la commission de permanence. Elle avait trouvé ce projet dans un travail préparé par la Société de législation étrangère, travail qui avait passé dans le projet de loi déposé en 1872 par notre honorable et savant collègue M. Roussel.

L'examen des inconvénients pratiques de cette commission permanente a bien vite démontré qu'il était impossible de compter efficacement sur le dévouement des personnes qui devaient la constituer; sur ces cinq personnes, deux étaient des fonctionnaires exposés à tous les changements de résidence; les autres étaient nommés, l'un par la chambre des avoués, l'autre par la chambre des notaires. Un docteur en médecine était seul à la nomination du ministre de l'intérieur.

Des conflits pouvaient naître, et il fallait bien se garder dans cette question, d'ébranler l'autorité du Gouvernement, parce que le véritable principe de l'autorité résidait, après tout, dans le prefet et le ministre de l'intérieur, qui ont la charge et la responsabilité de la situation des aliénés en France.

L'amendement que j'ai proposé a dès lors été accepté. Il se compose de deux portions: la portion médicale et la portion administrative. La portion médicale est confiée à un médecin qui sera nommé par le ministre de l'intérieur sur la liste de présentation du comité supérieur des aliénés; je suis d'accord avec mes collègues qui ont signé l'amendement de M. Combes pour décider que c'est le concours qui, pour les trois quarts, désignera l'inspecteur de chaque département. Il est impossible, messieurs de ne pas faire une part à l'expérience de certains médecins qui ne veulent pas s'exposer à un examen. Voilà pourquoi les trois quarts seulement seront puisés dans le concours.

Toutes garanties, par conséquent, au point de vue du savoir sont données. C'est ce médecin qui jouera le plus grand rôle. C'est lui qui, dans sa circonscription, sous l'autorité du préfet, surveillera l'exécution de la loi et des règlements relatifs aux aliénés, assurera la protection de leurs personnes, veillera à leur placement et à leur maintien dans les asiles publics et privés, et enfin à leur sortie.

Je ne veux pas soulever actuellement la grosse question que M. Combes indique dans son amendement, celle de savoir si ce n'est pas à l'autorité judiciaire qu'il appartiendra de statuer quand il s'agira du placement définitif. Je suis convaincu que vous ne voudrez pas ébranler les bases du statut personnel; j'estime

que le médecin, en matière semblable, ne peut être qu'un expert et non un juge au point de vue de la maintenue définitive de l'aliéné.

Le principal élément, pour le juge, pour la chambre du conseil, sera l'avis de ce médecin inspecteur. Son institution sera la meilleure des garanties données à la liberté personnelle. Mais, en dehors de ce médecin inspecteur, nous devons aussi veiller aux intérêts des aliénés. Et alors, intervient la nécessité de choisir un administrateur, qui sera nommé également par le ministre de l'intérieur sur la liste des anciens notaires ou avoués dressée par le tribunal civil. Vous aurez encore là toutes garanties de sécurité. Vous le voyez, messieurs : responsabilité d'une part, honorabilité de l'autre, savoir enfin, voilà les conditions qui permettent à ces deux agents de combler la lacune de la loi de 1838.

Ce qu'il faut avant tout dans une loi semblable, c'est assurer aux malheureux des protecteurs non seulement efficaces et éclairés, mais assidus, qui n'aient pas autre chose à faire, dont ce soit la tâche unique. Si vous n'arrivez pas à ce résultat, toutes les améliorations que nous tenterons avorteront. Ce sont uniquement ces deux fonctionnaires qui permettront d'améliorer la situation des aliénés. Ne remplissant absolument que leur mission, étant toujours à leur poste, ils arriveront à ce résultat de supprimer les séquestrations arbitraires, de donner à l'opinion publique la satisfaction qu'elle exige et, je le répète, de permettre à l'aliéné de ne pas voir sa fortune gaspillée. C'est dans cette pensée que mon amendement a été déposé ; je le recommande à la bienveillance du Sénat, et j'espère que ces explications sommaires suffiront pour le faire accepter. (Très bien ! très bien ! et vive approbation sur un grand nombre de bancs.)

M. le Président. La parole est à M. le commissaire du Gouvernement.

M. Cazelles, *commissaire du Gouvernement.* Je regrette, messieurs, que l'absence de M. le ministre, motivée par de graves devoirs, — la défense du budget de son ministère à la Chambre des députés, — m'oblige à prendre la parole à sa place, alors que vous auriez aimé à entendre sa voix autorisée s'expliquer sur le projet de la commission et sur l'amendement et vous apporter l'adhésion du Gouvernement à la proposition de M. Bardoux.

Lorsque le projet de la commission a été discuté par le Gouvernement, il y a eu, comme me l'a dit tout à l'heure M. le rapporteur, certaines hésitations, certains tâtonnements ; mais, en fin de compte, au moment où la discussion était sur le point de commencer devant le Sénat, le désaccord s'était accentué et le ministre de l'intérieur faisait connaître, comme il l'a fait à la première séance, quels étaient les motifs pour lesquels il ne pouvait

pas accepter la création, à côté de l'administration départementale, d'une commission qui déplaçait, à ses yeux, la responsabilité véritable de l'administration des aliénés en France.

L'amendement de l'honorable M. Bardoux fait disparaître les objections de M. le ministre de l'intérieur, et je suis heureux de vous annoncer que le Gouvernement adhère complètement à cette rédaction. Il ne voit non plus aucune objection à faire à la première partie de l'amendement proposé par l'honorable M. Combes et plusieurs de ses collègues. Cette partie, vous le savez, se réfère à la création, au chef-lieu du département, d'un fonctionnaire qui sera chargé d'examiner les aliénés soit dans les établissements publics, soit dans les maisons privées.

Il ne fait de réserves que sur la dernière partie, celle qui comprend les trois dernières lignes et qui a déjà été l'objet des réserves ou plutôt des observations de l'un des signataires, l'honorable M. Combes, et de l'opposition de l'honorable M. Bardoux. Cette partie nous semble viser une question de procédure de placement qui trouvera sa place à l'article 21 ou comme amendement à l'article 21. Dans ces conditions, je ne puis que demander, avec la commission et les signataires de l'amendement, que cette partie soit réservée, et renouveler l'adhésion du Gouvernement à l'amendement de l'honorable M. Bardoux.

M. Bardoux. Je donne mon adhésion à ces réserves.

M. Roger-Marvaise. Je demande la parole.

M. le Président. M. Boulanger était inscrit avant vous, monsieur Roger-Marvaise. La parole est à M. Boulanger.

M. Ernest Boulanger. Messieurs, je n'ai que de fort courtes observations à présenter au Sénat. Vous avez vu, par les explications qui viennent de vous être données, que l'accord s'est établi entre la commission et le Gouvernement au sujet des dispositions principales de l'article 11.

Dorénavant, au lieu des commissions qu'on vous avait proposé d'instituer, il n'y aurait plus que deux agents : le médecin pour la partie médicale, et un administrateur provisoire pour la partie relative à la gestion des biens de l'aliéné. C'est sur ce dernier point que je voudrais présenter trois remarques.

Le texte porte que l'administrateur provisoire sera nommé par le ministre de l'intérieur. Je n'y fais aucune opposition ; je demande seulement que M. le ministre de l'intérieur veuille bien prendre certaines dispositions pour que ces nominations soient promptes. Il est manifeste que l'administrateur provisoire n'a d'utilité que si sa gestion est immédiate, parce qu'il y a à pourvoir à des cas urgents. Or, si M. le ministre de l'intérieur voulait se réserver lui-même les nominations à chaque internement, il est manifeste qu'avec la lenteur des institutions administratives

ces nominations arriveraient presque toujours trop tard. Mais je crois que sur ce point il sera facile à M. le ministre de l'intérieur de prendre des dispositions pour que les nominations nécessaires soient immédiates. Ma seconde observation se réfère au choix des gérants.

Le texte de la commission porte : « L'administrateur provisoire sera nommé par le ministre, sur la liste des anciens notaires ou avoués dressée par le tribunal civil. » Or, un de nos collègues les plus autorisés en ces matières me faisait remarquer tout à l'heure avec beaucoup de raison, que la composition de cette liste était un peu... éclectique. C'est qu'en effet il y a beaucoup d'arrondissements où il n'y a pas que des notaires et des avoués; il y a aussi d'anciens magistrats, des greffiers et d'autres agents très capables d'exercer ces fonctions. Je crois que la commission fera bien, d'ici à la seconde lecture, d'examiner cette disposition, pour l'élargir d'avantage, et laisser plus de latitude à l'autorité judiciaire pour la constitution du tableau.

J'appelle aussi son attention sur une situation particulière qui avait déjà préoccupé le législateur de 1838. On s'était demandé à cette époque, alors que l'administration provisoire se composait de deux phases successives, s'il ne serait pas opportun de confier, dans certains cas, l'administration provisoire aux parents ou aux héritiers présomptifs de l'aliéné. On se demandait notamment ce qui arriverait si, le père étant aliéné, le fils était chargé de l'exploitation de ses biens, et l'on paraissait trouver dur de le déposséder, en fait, de cette gestion, pour en charger un étranger. Je recommande encore cette observation à l'attention de la commission. Mais ce qui motive surtout ma présence à la tribune, c'est la dernière partie de l'article 12.

M. Bardoux. Je ne me suis pas expliqué sur l'article 12.

M. le Président. Il est réservé.

M. Ernest Boulanger. Je n'ai que peu de chose à dire. Si la commission veut bien m'entendre tout de suite, je n'aurai pas à remonter à la tribune. L'article 12 dit qu' « un règlement d'administration publique déterminera les fonctions de l'administrateur provisoire ». Ce terme générique de « fonctions » m'a causé quelque inquiétude. En effet, si nous le prenons dans son sens absolu, les fonctions d'administrateur provisoire ne comprennent pas seulement ses attributions administratives, mais surtout ses fonctions judiciaires et extrajudiciaires. Il faudrait alors, d'après la rédaction du texte de la commission, admettre que vous allez déléguer au conseil d'État le droit de déterminer l'étendue du mandat de l'administrateur provisoire, de lui dire, par conséquent, s'il peut vendre du mobilier ou des immeubles, accepter une succession et faire d'autres actes touchant la capacité des personnes.

Je ne puis croire que telle soit l'intention de la commission; comme, d'ailleurs, cette question de capacité du mandataire sera discutée à propos de l'article 54, et que j'aurai sans doute plusieurs remarques à présenter à ce moment, je demande à la commission de vouloir bien réserver pour ce moment la discussion de la partie de l'article 12 sur laquelle je viens de présenter mes observations. (Très bien! très bien!)

M. Bardoux. Voulez-vous, monsieur le président, que je m'explique sur l'article 12?

M. le Président. Vous vous expliquerez plus utilement quand viendra la discussion sur l'article 12. La parole est à M. Roger-Marvaise.

M. Roger-Marvaise. Messieurs, je ne viens pas combattre l'amendement de l'honorable M. Bardoux, accepté par la commission; je voudrais soumettre à la commission et à l'honorable M. Bardoux une observation relativement au deuxième paragraphe de son amendement. Ce paragraphe dit: « Un administrateur, nommé par le ministre de l'intérieur sur la liste des anciens notaires ou avoués dressée par le tribunal civil, sera chargé des fonctions d'administrateur provisoire vis-à-vis des personnes non interdites placées dans les établissements publics ou privés d'aliénés ». Il me semble que, dans certains départements, un administrateur ne pourra pas suffire à la tâche qui lui est donnée par le second paragraphe. Dans ces conditions, je voudrais ajouter un « ou plusieurs administrateurs ». (Marques d'approbation.)

M. Bardoux. C'est parfaitement juste.

M. le Rapporteur, *de sa place.* L'observation que l'honorable M. Roger-Marvaise vient de porter à la tribune est en conformité parfaite avec la pensée de la commission. Si nous avons fait entrer dans la commission permanente deux personnes, un avoué et un notaire, c'est présisément parce que nous étions convaincus que, dans beaucoup de cas, il faudrait plus d'un contrôleur spécial.

M. Bardoux. J'accepte entièrement la modification proposée par M. Roger-Marvaise.

M. le Président. Alors, monsieur le rapporteur, vous consentiriez à mettre « un ou plusieurs administrateurs »?

M. le Rapporteur. Oui, monsieur le président.

M. de Gavardie. Je demande la parole. (Exclamations à gauche.)

M. le Président. La parole est à M. de Gavardie.

M. de Gavardie. Messieurs, il est incontestable que l'amendement de l'honorable M. Bardoux améliore les dispositions du projet de de la commission; je le reconnais très volontiers. Néanmoins, les dispositions de la loi de 1838 étaient supérieures à tous les points de vue. En effet, la surveillance générale sur les

personnes — nous parlerons tout à l'heure de la surveillance relative aux biens — la surveillance sur les personnes s'exerçait de la manière suivante :

Article 4 de la loi de 1838 : « Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés. Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position. Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du roi de l'arrondissement. »

Cette disposition, au point de vue des personnes, suffisait absolument à tout. Je sais très bien que, dans la pratique, les procureurs de la République, par exemple, — à d'autres époques, les procureurs impériaux ou royaux — ne visitaient pas les établissements d'aliénés... (Interruptions à la gauche.) Attendez, messieurs ; ils les visitaient lorsqu'il y avait un intérêt à les visiter, et l'on évitait de cette manière les inquisitions les plus dangereuses.

On ne tient pas compte — et véritablement cela me surprend — qu'il s'agit ici de ce qu'il y a de plus délicat dans la vie humaine et de plus mystérieux au point de vue de la pudeur des familles. Il y a, messieurs, des familles qui ont un intérêt suprême — tout le monde, d'ailleurs, le comprend — à ce qu'on ne sache pas que tel de leurs membres a été touché par une de ces maladies terribles. Eh bien, alors que la loi de 1838 versait quelques rayons de lumière, vous, vous versez une lumière importune, une lumière cruelle qui ne préviendra aucun abus et qui dévoilera ce qu'il y a de plus intime et de plus sacré dans la famille. Voilà pourquoi les hommes honorables et pratiques — plus pratiques que les avoués et les notaires que vous voulez charger de ce soin, ou les délégués du ministère de l'intérieur, — voilà pourquoi, dis-je, ces hommes n'intervenaient que dans de très rares circonstances et ne s'occupaient efficacement de cette surveillance que lorsqu'il s'agissait de véritables abus. Ils comptaient sur les préfets, qu'on choisissait alors mieux qu'aujourd'hui ; ils comptaient sur les fonctionnaires judiciaires, que l'on choisissait quelquefois aussi, et souvent même, beaucoup mieux qu'aujourd'hui.

Un sénateur à gauche. Naturellement !

M. Bozérian. On voit bien que vous n'êtes plus magistrat !

M. de Gavardie. Je déclare, pour ma part, que je n'ai mis, dans ma vie judiciaire, que deux ou trois fois, peut-être, les pieds dans un asile public, et j'affirme que sous mon administration, il n'y a jamais eu d'abus.

Un sénateur à gauche. A la bonne heure ! (Rires.)

M. DE GAVARDIE. Je suis persuadé que sur tous les points de la France, les magistrats auxquels je fais allusion pourraient en dire autant. Je sais bien qu'on nous parle tous les jours — et c'est le langage de notre honorable rapporteur, de cet excellent et dévoué rapporteur, si plein de son sujet, lorsqu'il veut justifier sa loi — des abus que présentait la loi de 1838. Des abus, nous dit-il, il en a vu partout. Mais quand on l'invite à citer des faits, il lui est impossible de le faire ! J'ai invoqué la statistique judiciaire, et j'ai appelé sur ce point l'attention de M. le garde des sceaux. Je le répète parce que c'est un point capital, dans un espace de dix ans — je n'ai pas porté mes recherches plus haut, mais très certainement je serais arrivé, dans tous les cas, au même résultat — dans les dix dernières années, il y a eu quinze séquestrations.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. C'est beaucoup trop!

M. DE GAVARDIE. C'est beaucoup trop, cela est évident! Mais mettez en comparaison l'inconvénient auquel votre loi ne remédiera pas de laisser effectuer quelques séquestrations et celui d'entrer dans cette intimité sacrée de la famille. Mais, messieurs, en ce qui touche l'éducation des enfants, par exemple, il y a des abus que l'Etat ne pourra jamais empêcher. Est-ce que, cependant, le principe n'est pas tellement sacré que l'Etat est obligé de fermer les yeux sur léducation mauvaise qui peut souvent être donnée aux enfants par les parents? Est-ce qu'il n'y a pas là un intérêt plus sacré encore que l'intérêt des enfants eux-mêmes, l'intérêt de la famille, celui de l'autorité paternelle ?

Je suis frappé, messieurs, d'une tendance singulière de notre temps, et particulièrement de notre époque contemporaine. Toutes les fois qu'il y a un abus, on veut réformer toute une législation et on ne s'aperçoit pas qu'on ne fait que compliquer les détails, qu'on ne fait que changer les rouages et que en définitive, la machine reste la même, défectueuse, comme le sont toutes machines humaines. Voilà ce que l'on perd de vue. En ce qui regarde les personnes, il y avait donc dans la loi de 1838 une surveillance suffisante. Mais, en ce qui regarde les biens, vous aviez les articles 31 et 32, qui sont un véritable chef-d'œuvre, et qui ont été expérimentés; vous aviez la commission de surveillance de l'hospice, qui était composée d'hommes si honorables, si dévoués, si pratiques, si intelligents!

Vous aviez, dans d'autres cas, lorsqu'il y avait en jeu quelques intérêts un peu compliqués, l'administrateur provisoire qui, alors, ne dépendait pas de l'administration, comme le veut l'amendement de M. Bardoux, mais qui était nommée par la justice, en chambre du conseil. Vous voyez donc bien que tout se trouvait concilié. Les deux intérêts visés par l'amendement de M. Bardoux

recevaient une pleine satisfaction, et l'on ne touchait pas, je le répète, à ce sanctuaire de la famille qu'on ne saurait trop respecter!

Les abus? — Je vous défie de les éviter! Il ne suffit pas de dire, dans un rapport : Il y a ou il y a eu des abus! — Il faut les citer! Je vous mets au défi de me citer des faits — j'entends des faits sérieux! Je parlais tout à l'heure de la statistique criminelle; mais la statistique criminelle ne nous fait même pas savoir à quelles personnes s'appliquaient les délits de séquestration. On ne dit pas si c'était des séquestrations d'aliénés, et c'est là ce qu'il faudrait savoir. Il peut y avoir d'autres séquestrations que des aliénés...

M. Lacombe. Parfaitement! Des séquestrations d'enfants, par exemple.

M. de Gavardie. Oui, il peut y avoir séquestration d'enfants, comme le dit très bien l'honorable M. Lacombe. Donc, les abus dont on parle, j'attends encore que l'on en fasse la démonstration. Vous avez une législation qui a fait ses preuves, et le docteur Blanche, homme des plus compétents, déclarait dans un rapport qui vous a été lu par l'honorable M. Roger-Marvaise et par moi, que cette loi de 1838 ne méritait pas les attaques dont elle avait été l'objet. Je sais bien que, dans le même rapport, le docteur Blanche aboutit à une conclusion un peu différente; il y a là une inconséquence naturelle, en quelque sorte, chez des hommes qui n'ont pas été mêlés aux fonctions publiques, qui ne connaissent que certains côtés de la vie, qui n'ont jamais exercé que les fonctions médicales, qui n'ont pas été initiés par le rôle qu'ils ont joué à cette pratique de la vie qui nous est familière à nous qui avons occupé des situations diverses.

Je comprends qu'un homme qui n'a pas été mêlé à ces complications infinies dont je viens de parler se laisse parfois influencer et arrive à dire, comme fait le docteur Blanche : En somme, la commission propose quelque chose de bon. Nous ne nous opposons pas à cela. Il n'en est pas moins vrai que, malgré cette concession arrachée à la faiblesse humaine, il reste cet aveu, dont je m'empare, que la loi de 1838 ne mérite pas les accusations dont elle a été l'objet. Vous voulez faire des lois parfaites? Vous n'en ferez jamais! Les lois ont toujours besoin; pour leur application, du concours des hommes.

Faites donc choix de bons directeurs; toutes les lacunes de la loi de 1838 étaient là. Lorsqu'on parlera de la question des concours publics, si d'autres ne le font pas, je vous dirai comment il faut nommer les directeurs, et je vous démontrerai que le concours ne présente que des inconvénients. Mais tant que vous n'aurez pas statué sur cette question de la nomination des directeurs vous n'aurez rien fait. Toutes les complications de votre loi

quelque savantes qu'elles soient, sont absolument inutiles; elles empêcheront une seule séquestration, et nous aurons cet inconvénient formidable de jeter en pâture au public, malgré tous les choix de fonctionnaires que vous pourrez faire et par le fait même de ces complications multiples que vous introduisez inutilement dans votre loi, des secrets qui devraient rester dans le mystère inviolable du foyer domestique. (Très bien! très bien! sur quelques bancs à droite.)

M. LE PRÉSIDENT. Personne ne demande plus la parole sur l'amendement de M. Bardoux? (*A suivre.*)

VARIA

DISTRIBUTION DES PRIX A L'ÉCOLE DÉPARTEMENTALE D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES DE L'ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE).

Cette cérémonie a eu lieu le 30 août sous la présidence de M. Bourneville. Parmi les invités nous avons remarqué : MM. les Drs Dubois et Chassaing, Rousselle, Champoudry, conseillers municipaux de Paris; Bailly, conseiller général; les Drs Briand, Bouchereau, Chambard, Dagonet, Dubuisson, Febvré, Pichon, Quesneville, A. Regnard, inspecteur général des établissements de bienfaisance; M. Babut, chef de division à la préfecture de la Seine, M. Barroux, directeur de l'asile de Villejuif, MM. les internes et employés de l'asile. — M. BOURNEVILLE a pris la parole et prononcé le discours suivant :

MESDAMES, MESSIEURS,

De temps en temps, l'attention publique est appelée par la presse sur l'organisation et le fonctionnement des asiles d'aliénés. Des événements regrettables survenus récemment dans l'un des asiles du département du Nord ont été l'objet de polémiques ardentes. Ce n'est ni le lieu, ni le moment de les apprécier. Ce que nous devons en retenir, c'est que la presse paraît vouloir observer avec plus de soin ce qui se passe dans les asiles. On ne peut que se féliciter de cette curiosité surtout si elle se traduit, non par des articles fantaisistes, semés d'attaques personnelles, mais en articles utiles aux malades.

Dans l'affaire à laquelle j'ai fait allusion on accuse le médecin directeur,—dans d'autres c'était les médecins en chef— de se montrer trop faciles dans le choix de leur personnel secondaire ; on accuse ce personnel de mauvais traitements envers les malades; on le représente sous les couleurs les plus fâcheuses; on met en relief tous les faits qui sont ou semblent être en sa défaveur, oubliant trop souvent ceux qui sont en son honneur. Mais, malheureusement, on néglige de dire que les médecins directeurs ne trouvent pas dans les conseils généraux, et aussi dans l'administration supérieure, le moindre encouragement à marcher dans la voie du progrès. La grande préoccupation ce n'est pas le bien-être des malades, ni le souci d'introduire dans nos asiles toutes les améliorations réalisées dans les asiles de l'étranger; la grande préoccupation, c'est l'équilibre du budget, la réduction au chiffre le plus bas possible du prix de journée. Les écrivains qui publient des articles à sensation sur les asiles d'aliénés, omettent d'indiquer les moyens qui pourraient remédier à la situation qu'ils signalent. Ce qu'ils ne font pas, nous allons essayer de le faire, en nous bornant naturellement à ce qui concerne les infirmiers et les surveillants.

Ainsi que je vous l'ai dit l'an dernier, dans divers pays, notamment en Angleterre et aux Etats-Unis, on se préoccupe beaucoup d'avoir dans les asiles de bons infirmiers et de bonnes infirmières. Les médecins des asiles ne dédaignent pas d'instruire eux-mêmes leurs auxiliaires de chaque jour; non seulement, ils font des cours réguliers à leur personnel, lui donne sans cesse des conseils dans le cours de leurs visites, mais encore ils mettent à sa disposition des manuels écrits spécialement pour lui. Nous vous avons signalé le manuel fait à l'instigation de l'Association médico-psychologique anglaise. Nous aurions dû vous en citer un plus ancien : celui que le Dr Albertotti Giovanni a publié à Turin en 1877 : *Manuale pratico ad uso degli assistenti ai pazzi nei manicomii.* Nous en connaissons deux autres plus récents publiés aux Etats-Unis : l'un est intitulé : *Comment doit-on soigner les aliénés*? par le Dr Granger, premier médecin adjoint de l'asile de Buffalo[1]; l'autre : *L'art de soigner les nerveux et les insensés*[2], par le professeur Charles Mills? Eh bien ! ce qu'on doit faire partout en France, c'est d'imiter ce qui a été fait à Paris pour les hôpitaux, par le conseil municipal; ce qui a été fait pour les asiles du département de la Seine par le conseil général, imitant en cela l'un et l'autre, l'excellente pratique des pays dont nous venons de parler.

Il est donc du devoir du ministère de l'intérieur duquel dépen-

[1] *How to care for the Insane. A Manual for Attendant in Insane Asylum.*

[2] *Nursing of Nervous and Insane.*

dent tous les établissements de bienfaisance, de donner des instructions pour qu'il soit créé à bref délai, dans toutes les grandes villes et surtout dans celles qui possèdent des écoles de médecine, des écoles d'infirmiers et d'infirmières avec un cours spécial sur les soins à donner aux aliénés et aux personnes atteintes de maladies nerveuses. Les infirmiers et les infirmières des asiles ont besoin d'un enseignement complet, parce que, de même que leurs camarades des hôpitaux, ils ont à soigner des blessés, à appliquer des bandages, à faire des pansements, etc., etc.; ils ont besoin d'un enseignement spécial, car les aliénés, par suite de la nature de leur maladie, exigent des soins particuliers. Le rôle de l'infirmier et de l'infirmière des asiles est beaucoup plus délicat et beaucoup plus dangereux que celui des infirmiers et des infirmières des hôpitaux ordinaires. Pour être rempli convenablement, il exige une plus grande habileté d'observation, afin de bien renseigner le médecin, de l'aider à mieux connaître dans tous ses recoins le délire des malades. Des agents expérimentés découvrent les côtés accessibles des malades, savent gagner leur confiance et parviennent à les diriger sans violence, et pour ainsi dire sans qu'ils sans doutent. C'est surtout quand ils ont affaire à des malades violents et par conséquent dangereux, qu'ils doivent redoubler d'habileté, et pour les malades et pour eux-mêmes; qu'ils doivent — que vous devez, mesdames et messieurs, — prendre des précautions, afin de ne pas répondre à la violence par la violence, et aussi, afin d'éviter d'être blessés. Le public, ignorant des difficultés de votre tâche, vous blâmera toujours des coups que vous aurez portés et ne vous tiendra jamais compte des coups que vous aurez reçus.

Dernièrement, dans un grand asile, un malade était atteint de folie furieuse. Vous savez qu'en pareil cas, les malades déploient souvent une vigueur extraordinaire. Deux infirmiers, se fiant trop à leur force, ayant voulu le conduire en cellule, ont été entraînés par le malade, et ont roulé avec lui dans l'escalier. Dans cette chute, le malade a eu une fracture du crâne et des fractures de côtes. Il a succombé au bout de quelques jours. Les deux infirmiers sont aujourd'hui accusés d'avoir été cause de la mort de cet aliéné. Ils s'en défendent énergiquement, affirmant qu'ils ont été entraînés par le malade dans sa chute et que c'est cette chute seule qui a déterminé les accidents qui ont amené la mort. Ici, c'est le malade qui a été la victime de l'accident; il aurait pu arriver aussi, et ce n'aurait pas été la première fois, que ce fût l'un des deux infirmiers. On l'aurait enterré, et tout aurait été dit!

Il y a un enseignement à tirer de ce fait. C'est que dans des cas semblables, c'est-à-dire quand il s'agit de malades furieux, sauf en cas de péril imminent pour leur vie, vous ne devez les aborder qu'en nombre respectable. Si au lieu de n'avoir été que deux, les infirmiers dont je viens de vous entretenir eussent été

trois ou quatre, on n'aurait pas eu fort probablement à regretter un malheur. Bien qu'une recommandation semblable vous ait été certainement faite, j'ai cru devoir la renouveler, car il faut sans cesse que vous l'ayiez présente à l'esprit. Il est assez rare, en effet, que les malades, même à l'état de fureur, ne se rendent pas compte, dans une certaine mesure, de l'inutilité de leur résistance devant trois ou quatre personnes. En tout cas, vous êtes personnellement plus en sûreté et mieux en mesure d'éviter de les blesser ou d'être blessés.

L'enseignement spécial sur les soins à donner aux aliénés comporte bien d'autres enseignements du même genre. Je ne m'y arrêterai pas, et je reviens aux mesures à prendre pour assurer un bon personnel secondaire aux asiles.

Il faut que votre métier ne soit pas considéré par vous, ni par les administrations, comme un pis-aller, mais comme une profession honorable et définitive, exigeant pour être bien remplie un réel apprentissage, une instruction particulière. On doit assurer aux infirmiers et aux infirmières des conditions matérielles convenables. Le plus souvent, aujourd'hui, leur salaire est inférieur à celui des domestiques de la ville où se trouve l'asile. Il faut que les conseils généraux comprennent que votre profession exigeant une instruction professionnelle sérieuse, un apprentissage réel, exigeant de votre part des qualités nombreuses et exposant à chaque instant à de graves dangers, doit être rémunérée en conséquence.

Le conseil général de la Seine l'a parfaitement compris. Il a augmenté vos modestes appointements; il a créé cette école, il y a sept ans; il a voté des crédits pour faire quelques cours aux infirmiers et aux infirmières de Vaucluse, Ville-Évrard et Villejuif; il a décidé qu'au bout d'un certain nombre d'années de service, vous auriez droit à une pension; il a décidé que vos années de service dans les hôpitaux et hospices de Paris vous seraient comptées quand il s'agira de régler votre retraite[1].

Il reste encore quelque chose à faire pour compléter cette œuvre et je profite de la présence à cette cérémonie de quelques-uns de mes amis du conseil municipal pour le leur rappeler : il faut que l'Assistance publique, de son côté, accorde la réciprocité aux infirmiers et aux infirmières des asiles, qui passent dans les

[1] « Il convient d'ajouter que, selon le vœu de la commission de surveillance, au rapport de M. le Dr *Bourneville*, les agents comptant des services dans les hôpitaux et hospices de la ville de Paris, pourraient, mais après six années au moins de présence dans les asiles, faire valoir ces services antérieurs pour obtenir du département l'indemnité représentative du repos, à la condition, bien entendu, qu'ils ne reçoivent pas cette indemnité de l'Assistance publique. »

hôpitaux et les hospices. C'est là une complication qui n'existerait pas si, comme le voudrait la logique et le bien public, il n'y avait à Paris qu'une seule administration hospitalière, en d'autres termes si le service des aliénés était rattaché à l'Assistance publique.

Permettez-moi à ce sujet de vous rappeler que c'est en grande partie aux efforts de notre ami le Dr G. Robinet, que nous venons d'avoir tous la douleur de perdre, que ces résultats sont dus. Aussi devez-vous conserver précieusement son souvenir dans votre mémoire.

L'administration préfectorale commence à se pénétrer, elle aussi, de l'utilité de ces réformes et à voir qu'il est nécessaire d'entourer votre profession de plus de considération qu'autrefois. Nous n'en voulons pour preuve que l'hommage qui a été rendu récemment par M. le préfet de la Seine à l'un de vos anciens, le surveillant Pussin, qui fut le dévoué collaborateur de l'illustre Pinel à Bicêtre et à la Salpêtrière [1].

Toutes ces mesures, destinées à améliorer votre condition, doivent vous encourager à remplir vos fonctions avec zèle et dévouement, à éviter avec soin tout acte de violence envers les malades, et à suivre scrupuleusement les conseils de vos chefs de service, médecins ou administrateurs. Le conseil général et l'administration préfectorale de la Seine compléteront prochainement leur œuvre en perfectionnant l'enseignement donné dans cette école. Nous avons été chargé par une commission spéciale d'établir le programme complet de l'enseignement reconnu nécessaire aux infirmiers et aux infirmières des asiles. Les cours devront être suivis régulièrement par tous, et à la fin de chaque année scolaire, dans des conditions nettement formulées, il vous sera délivré des diplômes. Ces diplômes serviront de base à l'avancement. C'est dans l'école de cet asile que l'administration prendra plus tard le personnel nécessaire aux autres établissements, et c'est parmi les diplômés qu'elle choisira ses sous-surveillants et ses sous-surveillantes.

Vous êtes prévenus, Mesdames et Messieurs. A vous, l'an prochain, de suivre exactement les cours, de faire toutes les compositions qui vous seront données et de participer aux examens pratiques auxquels vous serez convoqués.

Si vous suivez ces conseils, si vous accomplissez scrupuleusement vos devoirs envers les malades, vous récompenserez le conseil général de tout ce qu'il a fait pour vous, vous inspirerez une réelle confiance à l'administration, vous prouverez que les laïques sont supérieures sous tous les rapports aux religieuses, et, par votre exemple, vous montrerez la voie à suivre aux conseils généraux et aux préfets de toute la République !

[1] Voir *Archives de Neurologie*, t. IV, p. 313.

Le président a ensuite donné la parole à M. le Dr Dagonnet, qui s'est exprimé ainsi qu'il suit :

Mesdames, Messieurs,

Je ne me proposais pas de prendre aujourd'hui la parole; mais, comme je l'ai fait chaque année avec plaisir, cette fois encore, à la demande qui m'est adressée, je m'empresse de venir joindre quelques observations à celles qui vous ont été présentées par notre dévoué président, M. le Dr Bourneville, et vont vous être présentés par notre excellent directeur, M. le Dr Taule.

Les cours professionnels, ainsi qu'on vous l'a dit souvent, ont été institués par M. le Dr Bourneville, dont le zèle est infatigable.

Le conseil municipal et M. le préfet de la Seine s'y intéressent particulièrement; ils vous en ont donné des preuves nombreuses.

Ces cours sont également établis dans d'autres établissements, à Bicêtre, à la Salpêtrière, à la Pitié; les comptes rendus publiés par les journaux nous ont fait connaître les efforts tentés pour les rendre aussi pratiques que possible et les résultats très satisfaisants qui ont été obtenus.

M. le directeur de l'Assistance publique a constaté, dans une dernière séance publique, que des infirmières absolument illettrées étaient arrivées, à force de travail et d'énergie, à remporter dans leurs classes les plus beaux succès. Vous devez suivre cet exemple et ne pas vous laisser dépasser par vos collègues des hôpitaux.

En fondant ces cours, on a eu la pensée de former un personnel intelligent, dévoué et pourvu des connaissances nécessaires à l'accomplissement des fonctions dont vous êtes chargés, et capable de remplacer avantageusement les communautés religieuses, auxquelles avait été confié pendant de longues années le service des aliénés; on ne saurait donc trop vous engager à redoubler de zèle et d'assiduité.

Votre intervention dans nos services est considérable, elle ne peut être véritablement efficace qu'à une condition, c'est que vous fassiez une application intelligente des prescriptions que vous avez à exécuter, qui permettront d'obtenir la guérison ou au moins l'amélioration de nos malades, de prévenir souvent des accidents auxquels ils sont exposés par leur affection. J'ai eu l'occasion de vous énumérer ces différents accidents et je ne reviendrai pas sur ce sujet; je veux seulement aujourd'hui appeler, en quelques mots, votre attention sur un autre côté de la question, sur l'utilité de votre intervention au point de vue moral, vous faire voir toute l'influence que vous pouvez exercer sur le malade par les conseils que vous lui donnez, par vos observations et par votre conduite vis-à-vis de lui.

Nous n'avons cessé depuis longtemps de réclamer l'amélioration du personnel attaché au service des aliénés, nos réclamations ont

fini par être écoutées, et sous ce rapport, comme sous tant d'autres, nous avons pu réaliser un progrès considérable dans le traitement de nos malades.

Sans remonter jusqu'à Pinel, il n'y a pas bien longtemps encore, en 1836, Esquirol nous faisait connaître, dans des paroles indignées, les conditions déplorables dans lesquelles vivaient les aliénés. Ils étaient en quelque sorte repoussés de la société; quelquefois recueillis dans des hospices qui manquaient de l'organisation la plus élémentaire. Les maisons dans lesquelles ils étaient enfermés, n'avaient ni cour, ni jardin; ils circulaient çà et là, confondus pêle-mêle au milieu d'autres malheureux, atteints eux-mêmes d'affections repoussantes.

Jeune encore, au début de ma carrière, j'ai assisté à ce triste spectacle et j'ai vu plusieurs de ces instruments de torture que l'on décorait du nom de moyens de traitement. Dans quelques maisons d'aliénés, je l'ai constaté à Maréville, par exemple, près de Nancy, on voyait des étages de cellules, superposées les unes sur les autres où de pauvres malades étaient relégués, abandonnés à leur triste sort et privés des soins les plus nécessaires.

Bien plus, chose triste à dire, loin d'être soignés, ils étaient livrés à la brutalité d'un personnel grossier, inhumain, mal payé et qui souvent trouvait un profit en les exposant à l'indécente curiosité du public.

Esquirol s'étonnait que même des villes de science, qui avaient des facultés de médecine comme Paris, Strasbourg, pouvaient entretenir ces malheureux dans une semblable situation.

Les temps sont heureusement changés et quel ne serait pas aujourd'hui l'étonnement d'Esquirol, ce maître de la science, s'il pouvait voir quelques-uns de nos asiles en tête desquels nous devons placer les asiles de la Seine, remplissant les meilleures conditions d'hygiène, de salubrité et dans lesquels on s'est efforcé de réunir tout ce qui pouvait aider au traitement de l'une des affections les plus pénibles. Là, plus d'instruments de torture; l'esprit d'ordre et de discipline qui entoure l'aliéné, à son entrée dans nos services, les a remplacés.

On éloigne du malade tout ce qui rappelle la prison, même l'hôpital; les murs eux-mêmes sont en quelque sorte supprimés, pour permettre aux regards de s'étendre au loin, et à la pensée, obscurcie par des rêves insensés, de s'échapper librement, dans les moments de lucidité, de l'enceinte qui prive momentanément le malade d'une liberté qui lui est chère, mais dont il lui serait impossible de profiter.

La raison humaine ne reprend en effet sa lucidité que par intervalles, ce sont des éclairs dans le long égarement de la folie; les périodes de rémission se rapprochent alors d'autant plus que la guérison est plus près de se confirmer.

Il faut à ce moment tout tenter pour créer autour du malade cette sorte d'harmonie qui éloigne de lui les impressions désagréables, les causes de surexcitation, tout ce qui viendrait empêcher le retour des idées raisonnables, le réveil des sentiments naturels et le souvenir d'une existence passée à laquelle se rattache avec force l'homme prêt à recouvrer la raison.

C'est dans ce concours de moyens appropriés que le médecin trouve en vous un adjuvant puissant, sans lequel il lui serait impossible d'obtenir un résultat favorable.

C'est à ce moment que votre intervention devient précieuse et c'est pourquoi, nous, médecins et administrateurs, nous avons voulu substituer au personnel grossier dont Esquirol se plaignait, un personnel choisi, honnête, intelligent, dévoué, animé d'intentions bienveillantes et dont nous tenons à cœur de perfectionner l'instruction pour qu'il ait la conscience, le sentiment de ses devoirs et qu'il sache les remplir ; on a voulu enfin, en instituant ces cours professionnels, leur donner le caractère médical qui seul doit leur appartenir.

Ceux d'entre vous qui ont vécu quelque temps au milieu des aliénés savent parfaitement toute l'influence qu'ils peuvent exercer sur nos malades lorsque, par exemple, ils sont incapables de fixer leur attention et de comprendre les paroles qu'on leur adresse, de juger les objets extérieurs, de rappeler leurs souvenirs, de coordonner leurs idées, etc...

Il est d'autres malades dont l'intelligence semble avoir conservé la plus entière lucidité et que l'on voit s'abandonner à un désespoir sans bornes, que rien de réel ne vient motiver. Ils apprécient avec exactitude les choses qui les entourent, leur mémoire est bien conservée. Que leur manque-t-il donc? Eux-mêmes vous l'expliqueront, ils n'ont que trop la conscience du mal qu'ils éprouvent, c'est une sorte d'inertie, d'absence de volonté qui les tient enchaînés et dont ils ne peuvent expliquer la raison. Le malade est triste, dit Morel, il ne sait pas pourquoi, il cherche la cause de son mal, sans pouvoir la trouver ; il implore la science, il invoque le secours de ses amis et raconte à tout le monde avec un touchant abandon les peines de son âme et les funestes tendances auxquelles il est entraîné malgré lui.

Pour d'autres, c'est une aspiration de l'âme vers un monde inconnu, c'est un regret éternel du passé, un dégoût prononcé du présent, la perte de toute espérance d'un avenir meilleur.

Ils restent sans force et sans énergie, le moindre effort leur est pénible; à cette situation morale correspond un état physique fâcheux; c'est une conséquence forcée. L'habitude de l'inertie, le défaut d'exercice entraîne la diminution de la fonction et engendre par suite les affections les plus diverses.

Cette force morale qui manque à ces malheureux, vous qui

passez tout votre temps au milieu d'eux, vous pouvez la leur rendre en vous y prenant adroitement, par vos conseils, vos exhortations, vos témoignages d'intérêt et de dévouement, votre conduite à leur égard. En relevant les forces morales vous aidez à la réparation des forces physiques et bientôt au retour de la santé.

La crainte, l'inquiétude, l'angoisse, sont, vous le savez, des sentiments pénibles, qui suppriment toute réflexion et paralysent la volonté. L'individu fuit devant des périls qui n'existent pas et se précipite, tête baissée, dans des dangers que la plus simple réflexion pourrait lui faire éviter. Ce sentiment d'inquiétude, de terreur est précisément le symptôme distinctif de certaines formes d'aliénation mentale.

Le délire alcoolique n'a pas souvent d'autre caractéristique. Le malade a peur de tout, l'expression de la frayeur est empreinte sur ses traits.

Eh bien, vous avez là une indication facile à remplir; il vous faut à tout prix le calmer, le tranquilliser et vous le mettrez bien vite dans une disposition d'esprit qui lui permettra de profiter des autres moyens de traitement.

Georget avait fait remarquer que l'une des principales modifications que l'on devait chercher à amener dans le fonctionnement de l'intelligence chez les aliénés, c'était de trouver le moyen de fixer leur attention sur des objets étrangers à leur folie, de communiquer à leur esprit des idées nouvelles, des sentiments différents, en un mot, des impressions d'une toute autre nature.

En agissant sur l'imagination on produit de véritables miracles, chez beaucoup de personnes, chez celles surtout qui sont nerveuses, hystériques, qui sont exaltées et hypochondriaques. Ce pouvoir sur l'imagination doit être prudemment exercé si l'on veut le faire tourner au profit de la guérison, autrement il déterminerait les effets les plus regrettables.

Le mysticisme, cette exaltation de l'imagination qui la porte vers les choses religieuses, en passionnant outre mesure celui qui s'y laisse entraîner, a dans plus d'une circonstance exercé une action puissante sur le développement de l'aliénation mentale.

Les expériences magnétiques, les prétendues communications avec le monde immatériel ont été souvent dangereuses; elles ont eu pour conséquences, à certaines époques, en Amérique surtout, de nombreux cas de suicide et des cas fréquents de folie.

Il n'est pas jusqu'aux représentations théâtrales qui, chez quelques malades, en dehors de la distraction qu'elles leur procurent, viennent déterminer des émotions et réveiller certaines passions qui dans quelques circonstances ont pu hâter les progrès de la guérison.

En résumé, le traitement moral que vous êtes chargés d'appliquer a, comme le traitement physique, une influence considé-

rable ; il doit être dirigé suivant certaines indications que vous devez apprendre à connaître, il comprend les moyens divers qui agissent sur les habitudes et les sentiments des malades, qui s'attaquent à leurs erreurs, les combattent doucement, qui font diversion à leurs tristes pensées, réveillent en eux des sentiments prêts à s'éteindre. C'est alors que votre intervention, faite d'une manière intelligente deviendra efficace.

Je ne veux pas m'étendre davantage à ce sujet, je me borne en terminant à vous conseiller de rester dans les bonnes dispositions qui vous sont recommandées et de suivre avec zèle les cours qui sont professés par nos internes, toujours disposés à rendre service quand on fait appel à leur bonne volonté et à leur dévouement.

Il me reste enfin à joindre mes remerciements à ceux de l'administration pour nos chers collaborateurs : MM. Legrain, qui a professé l'anatomie ; Vrain, la physiologie ; Dupain, les pansements et appareils ; Malfilâtre, l'hygiène ; Delafontaine et Mangeard, la pharmacie. Nous les remercions de la peine qu'ils se sont donnée et qu'ils continueront à se donner, nous en sommes convaincus, eux et leurs successeurs.

Ensuite la parole a été donnée à M. le Dr Taule, directeur de l'asile :

Mesdames, Messieurs,

L'école d'infirmiers et d'infirmières de Sainte-Anne, fondée en 1882 sous les auspices et par l'initiative de M. le Dr Bourneville, notre éminent et dévoué président, en est aujourd'hui à sa cinquième année d'existence. Grâce à cet enseignement et à l'enseignement similaire précédemment établi à la Pitié, à la Salpêtrière et à Bicêtre, l'administration a pu, dans l'espace de quelques années, pourvoir de sous-surveillantes et de sous-employés instruits et expérimentés la plupart des hôpitaux de Paris et les quatre asiles d'aliénés de la Seine. Un tel résultat démontre l'utilité de l'œuvre et justifie pleinement l'importance que nous y attachons.

Aussi ne saurions-nous trop remercier les médecins et les internes de cet asile dont le concours moral et la participation effective nous ont été, et nous sont encore si précieux pour en assurer la prospérité. Nous espérons qu'ils voudront bien nous les continuer à l'avenir.

Mais, pour que le dévouement de vos maîtres puisse porter ses fruits, il faut que vous le secondiez par votre bonne volonté et par votre travail. Or, je suis obligé de constater que l'assiduité aux cours a été encore insuffisante cette année. De là la faiblesse de quelques compositions et le nombre restreint des récompenses. C'est un élève externe, M. Jean Louis, qui a eu le plus de succès,

grâce il est vrai à son instruction antérieure mais aussi à sa constante assiduité. J'espère que vous prendrez votre revanche l'année prochaine. Du reste, il ne serait pas équitable que les anciens élèves déjà récompensés pour leurs succès antérieurs concourussent avec les nouveaux. Nous établirons, au besoin, comme nous l'avons déjà fait cette année pour les infirmières, une division d'*anciens* et de *nouveaux*, afin de récompenser et d'encourager tous les efforts véritablement méritants.

Il ne serait ni généreux ni habile de fermer la porte aux élèves du dehors qui peuvent fournir un utile contingent au recrutement du personnel. Mais il dépend de chacun de vous de neutraliser dans une certaine mesure les effets de cette concurrence en perfectionnant votre instruction professionnelle, avantage que n'ont pas au même degré les personnes étrangères au service. Les progrès accomplis depuis cinq ans nous permettent d'ailleurs d'assurer à peu près intégralement le renouvellement éventuel des cadres du personnel secondaire avec les infirmiers et les infirmières actuellement en fonction. L'externat ne saurait donc vous préoccuper outre mesure. Vous pouvez d'ailleurs être assurés qu'à mérite égal vous serez toujours promus aux grades supérieurs de préférence aux candidats du dehors.

Plusieurs d'entre vous n'ayant reçu aucune instruction première avant leur admission à l'asile, se sont abstenus de fréquenter les cours sous prétexte qu'ils n'étaient pas en état d'en profiter. C'est là une erreur. Car les connaissances pratiques auxquelles on cherche surtout à vous initier sont accessibles à toute personne intelligente et attentive. Vous pouvez d'ailleurs atténuer et même faire disparaître complètement cette cause d'infériorité en suivant les cours de l'école primaire. Je dois des félicitations à celles d'entre vous qui ont suivi depuis deux ans les leçons de l'institutrice. Nous avons été heureux de leur en témoigner notre satisfaction en leur décernant huit prix et quatre accessits. Mais ne croyez pas que cela vous dispense de suivre les cours de l'école professionnelle. Vous seriez au contraire désormais sans excuse en vous en abstenant.

M. le Dr Bourneville déplorait l'année dernière et nous regrettions avec lui que l'administration, depuis longtemps en instance dans ce but, ne fût pas encore parvenue à vous assurer une pension de repos à la fin de votre carrière. Cette mesure de prévoyance et de justice s'est heureusement réalisée depuis. Le conseil général, obligé de reculer devant les exigences financières du conseil d'Etat, qui auraient imposé de trop lourds sacrifices au budget départemental, a dû renoncer au moins pour le moment à vous faire bénéficier des dispositions de la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles. Mais il a tourné la difficulté en votant une première annuité de 10,000 fr. destinée à la fondation d'une indemnité

représentative de repos, équivalente à la pension de retraite. Cette décision homologuée par un arrêté préfectoral assure désormais à chacun de vous, quel que soit son grade ou sa fonction, une indemnité annuelle et viagère égale à la moitié de son traitement majoré de la valeur des avantages en nature. Vous aurez droit à la pension entière, dont le taux varie selon le grade de 1,050 à 530 fr., après vingt-cinq ans de services effectifs, et à la pension proportionnelle après dix ans de service, en cas d'infirmités; les services antérieurs dans les hôpitaux ou hospices de la ville de Paris et les services militaires vous étant comptés dans l'un et l'autre cas, pourvu que vous ayez séjourné au moins six ans dans les asiles de la Seine.

Ce sont là des avantages sérieux, que le conseil complétera sans doute en accordant la reversibilité de la pension aux veuves ou aux enfants des titulaires dans les conditions prévues par les articles 13 à 16 de la loi de 1853; et, comme tout progresse avec le temps, j'espère bien que ces améliorations ne seront pas les dernières.

Il y a loin en tout cas de votre situation actuelle à celle qui était faite il y a à peine un siècle au plus illustre de vos prédécesseurs, J. B. Pussin, ancien surveillant de Bicêtre, qui, par son dévouement et ses soins éclairés pour les malades, a mérité le nom de *précurseur et de collaborateur de Pinel*, qualifications inscrites sur la plaque commémorative récemment édifiée à sa mémoire. Dans l'allocution qu'il a prononcée à cette occasion M. le préfet nous apprend que cet homme de bien recevait, pour tout salaire de ses services inappréciables, la nourriture, le logement et 36 fr. par an! Ce serait à peine croyable, si l'on ne savait dans quel abandon douloureux étaient laissés les services d'aliénés avant la Révolution opérée par le grand bon sens et le grand cœur de Pinel. Le XVIIIe siècle, si passionné pour la vérité et pour les idées généreuses, semble indifférent pour les souffrances des aliénés parce qu'il croit la folie incurable. On ne brûle plus les fous comme aux siècles précédents, mais on les enferme comme des criminels dangereux, on les enchaîne et on les oublie dans les cabanons de Bicêtre. C'est là que Pussin, esprit ouvert et cœur compatissant malgré sa rudesse apparente, observait ses malades et proscrivait déjà les moyens violents employés jusqu'alors pour les contenir. « Que faites-vous, lui disait Pinel, quand ils deviennent trop méchants? — Je les déchaîne. — Et alors? — Ils se calment. » Avec un tel auxiliaire la réforme de Pinel devait facilement triompher. Les chaînes tombèrent et furent remplacées par un traitement plus rationnel et plus doux. Ce sont ces principes et cette méthode que l'on applique aujourd'hui dans nos asiles, et c'est en grande partie grâce à eux que l'on guérit plusieurs formes mentales longtemps réputées incurables. Je n'ai pas cru m'écarter

de mon sujet en rappelant ces souvenirs, bien qu'ils soient présents à la mémoire de la plupart de ceux qui m'écoutent. Car ils honorent votre corporation et la nôtre. C'est en vous y conformant que vous vous montrerez les dignes émules de vos devanciers et que vous léguerez à vos successeurs de nouveaux exemples. — Je remercie en terminant toutes les personnes qui ont répondu à notre appel et particulièrement les membres du Conseil général et de l'Administration supérieure dont la présence a rehaussé cette cérémonie.

Il a été procédé ensuite à la distribution des prix consistant en livrets de caisse d'épargne et en livres.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — *Promotions.* — M. le Dr Max-Simon, médecin en chef de l'asile public de Bron (Rhône), est promu à la classe exceptionnelle (arrêté du 1er août). M. Fabre, directeur-médecin de l'asile public de Saint-Alban (Lozère), et M. le Dr Mordret, médecin en chef de l'asile public du Mans (Sarthe), sont promus à la première classe (arrêté du 1er juillet 1887). — M. le Dr Brusque, médecin adjoint à l'asile public de Vaucluse, est promu à la classe exceptionnelle à partir du 1er mai. — M. le Dr Ramadier, médecin adjoint à l'asile public de Lafond (Charente-Inférieure), est promu à la 1re classe (1er août 1887). — M. le Dr Dubuisson, médecin adjoint à l'asile de Sainte-Anne est promu à la 1re classe (1er juillet). — *Nominations.* — M. le Dr Vernet, interne à l'asile public de Maréville, est nommé médecin adjoint à l'asile public de Pau, en remplacement de M. le Dr Germa, compris dans la 2me classe (23 août). — M. le Dr Barandon, nommé médecin adjoint à l'asile public de Braqueville (Haute-Garonne), est maintenu dans la 1re classe. — *Admission à la retraite.* — M. le Dr Espiau de Lamestre, directeur-médecin de l'asile de Ville-Evrard est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Asile d'idiots de Learsden. — L'établissement est fait pour 2,000 malades, 900 hommes et 1,100 femmes. Le coût, par tête, comprenant l'achat du terrain est de 230 fr. — Les infirmeries, les quartiers d'épileptiques et les quartiers ordinaires sont tous bien organisés. — Les plus intelligents et les plus capables des hommes

et des femmes sont employés plus ou moins activement, dans une excellente ferme. Au cours de la visite que nous y avons faite, sir Edwin Galsworthy a défendu le conseil des asiles métropolitains des charges d'extravagance, qui, a-t-il dit, lui étaient souvent imputées, et il l'a fait dans de si excellents termes que les visiteurs ont emporté la preuve que l'argent public avait été dépensé avec sagesse et utilité, au bénéfice de Londres et de ses pauvres. (*Brit. med. Journal*, p. 140, 1887.)

Asile d'aliénés de Beverley. — Il y a eu une petite augmentation dans le nombre des malades en 1886, ce nombre étant de 275 au commencement de l'année et de 292 à la fin. Cette augmentation est presque entièrement due aux malades étrangers au comté. Il y a eu 68 admissions. Le caractère de ces cas n'était pas favorable. 32 p. 100 seulement pouvaient être considérés comme curables et dans le reste une moitié était l'objet de grands doutes. Les guérisons furent de 38,7 p. 100 du nombre des admissions, les transferts non compris. 24 malades moururent, 20 fois l'autopsie fut pratiquée. La mortalité a été de 8,6 p. 100 tandis que jusque-là elle avait été de 10,9 p. 100. En 1886 un hôpital détaché pour les fiévreux commença à remplacer le bâtiment en bois installé provisoirement en 1884 pour les typhiques. L'estimation est de 32,500 fr. Les fonds nécessaires sont fournis par le profit retiré des malades étrangers ou privés. La surveillance de nuit de 29 épileptiques et de 24 folies suicides est encore confiée aux camarades des malades. — Les commissaires dans leur visite ont remarqué qu'aucune mort par suffocation, la nuit, ni aucun suicide n'était encore survenu avec une surveillance si insuffisante et que c'est peut-être ce qu'on peut dire de mieux en sa faveur. (*Brit. med. Journal*, p. 157, 1887.)

Famille dont les individus ont six doigts. (Six-fingered family.) — Dans un livre vieux de deux siècles, dû à John Smith Berkeley, il est question d'une famille de Slimbridge, dont tous les membres avaient six doigts (un pouce supplémentaire), depuis au moins quatre générations. Le Dr Beddoe demande que des recherches soient faites dans ce pays, afin de savoir si ce phénomène continue à se présenter parmi les descendants de cette famille. (*British. Journ. méd.*, janv. 1887.) A. B.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Biaute. — *Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes*, pendant l'année 1886. — Brochure in-8° de 35 pages. — Nantes, 1887, imprimerie Mellinet.

Charcot (J.-M.). — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, professées à la Salpêtrière et recueillies par MM. Babinski, Bernard, Féré, Guinon, Marie et Gilles de la Tourette. — Tome III, 2e fascicule. — Un volume in-8 de 380 pages, avec 64 figures dans le texte. — Prix : 9 fr. ; pour nos abonnés, prix : 6 fr. — Ce fascicule complète le tome troisième.

Doutrebente. — *Asile départemental d'aliénés de Blois*. — Compte moral et administratif présenté pour l'année 1886. — Une brochure in-4° de 40 pages. Blois, 1887.

Dufour (E.). — *Asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère)*. — *Compte rendu du service médical pendant l'année* 1885. Brochure in-8° de 19 pages. Grenoble, 1886. — Imprimerie F. Allier.

Hovelacque (A.) et Hervé (G.). *Précis d'anthropologie*. Volume in-8° de 655 pages, avec 20 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, 1886. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Mairet et Combemale. — *Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du méthylal*. — Brochure in-8° de 32 pages. — Montpellier, 1887, typographie Ch. Boehm.

Publications du Progrès médical. — *Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines à Loudun, XVIIe siècle*. Auto-biographie d'une hystérique possédée d'après le manuscrit inédit de la Bibliothèque de Tours. — Annotée et publiée par MM. les Drs G. Legué et G. de la Tourette. — Préface de M. le professeur Charcot, membre de l'Institut. — Un beau volume in-8 de 330 pages. Papier vélin, prix : 6 fr. ; pour nos abonnés : 4 fr. — Papier Japon, prix : 25 fr. ; pour nos abonnés : 20 fr.

Sergi (G.). — *La psychologie physiologique*. Un volume in-8° de 452 pages, avec 40 figures. Traduit de l'italien par M. Mouton. — Prix : 7 fr. 50. — Librairie F. Alcan.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE

DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS



EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE PREMIÈRE

ATHÉTHOSE DOUBLE AVEC IMBÉCILLITÉ

OBSERVATION I



PLANCHE III

ATHÉTHOSE DOUBLE AVEC IMBÉCILLITÉ

OBSERVATION II


ARCHIVES DE NEUROLOGIE.
T. XIV PL. III

PLANCHE III

ATHÉTHOSE DOUBLE AVEC IMBÉCILLITÉ

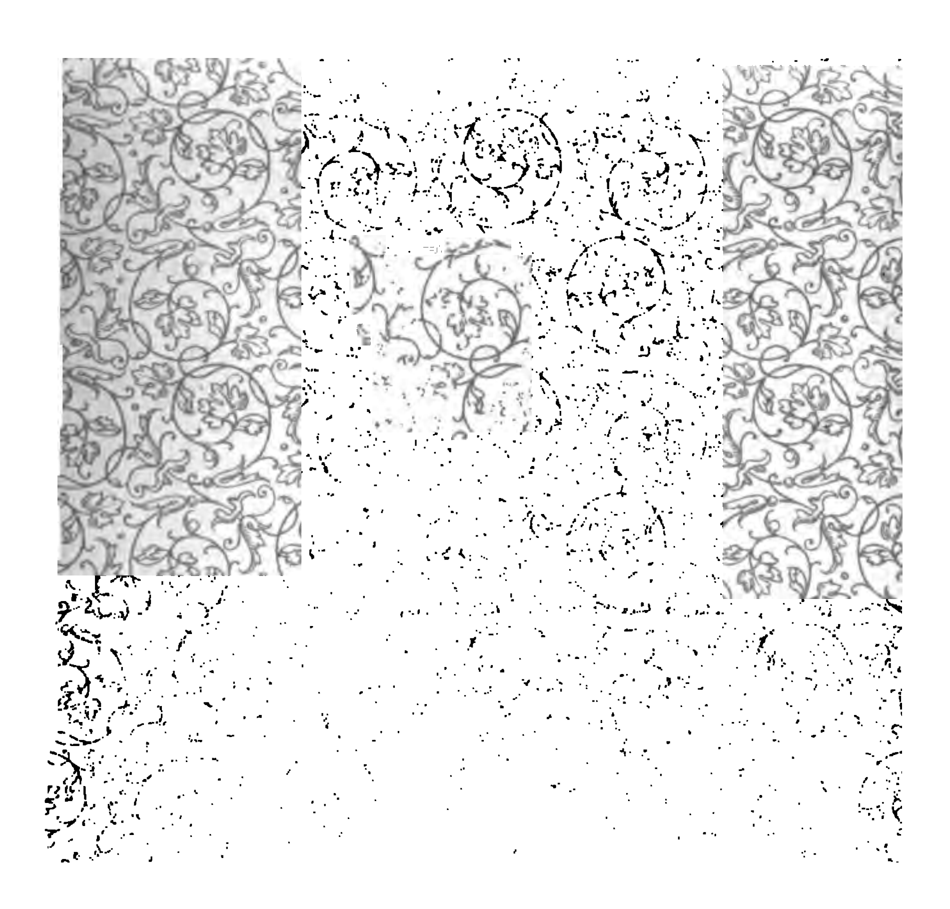
OBSERVATION II

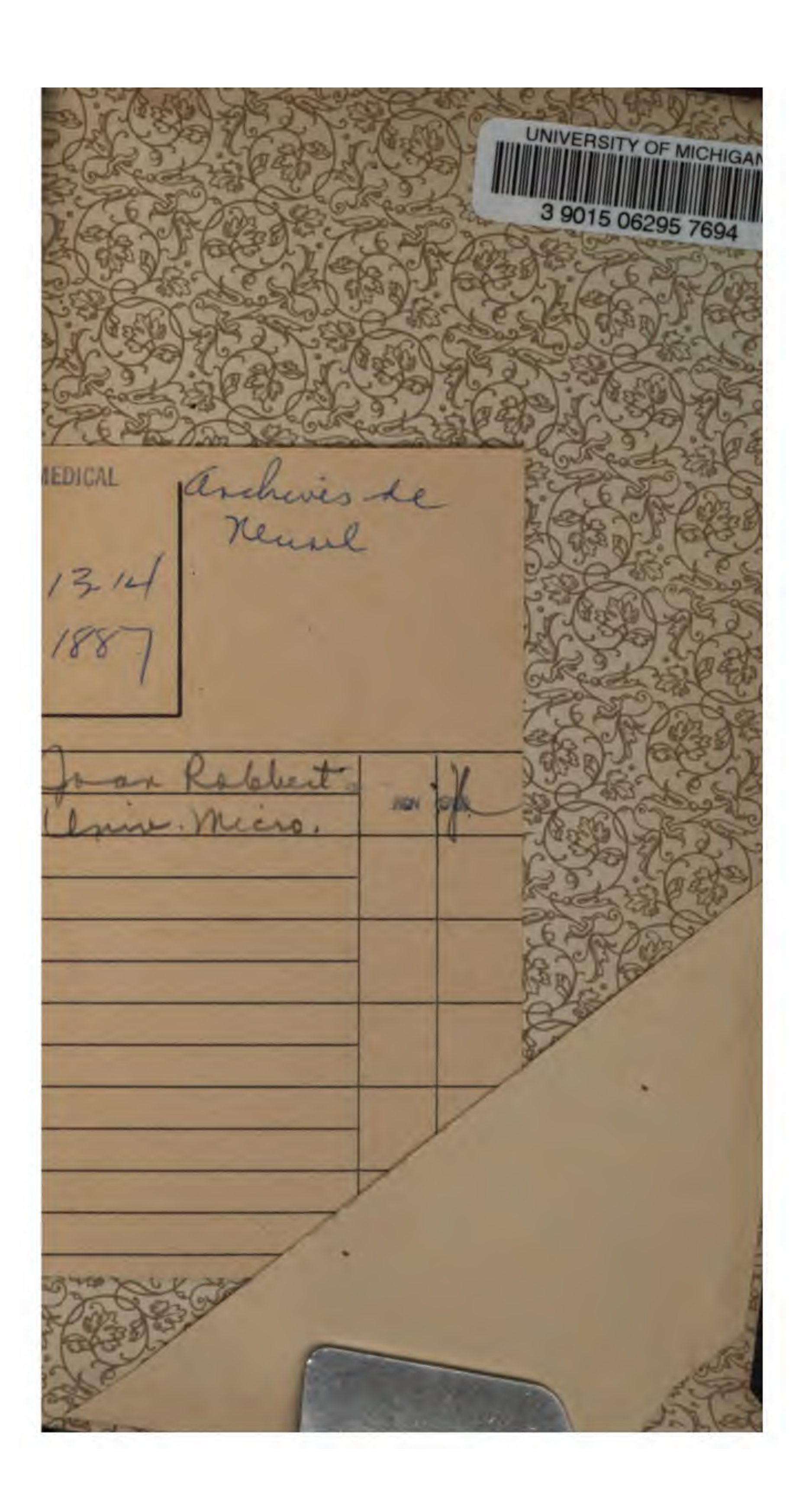
PLANCHE IV

ATHÉTHOSE DOUBLE AVEC IMBÉCILLITÉ

OBSERVATION II







UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06295 7694
MEDICAL
Archives de Neurol
13 14
1887
Joan Robbert
Univ. Micro.

